

Bibliothèque numérique

medic@

**XIII° congrès international de
médecine. Paris 1900. Section de
psychiatrie**

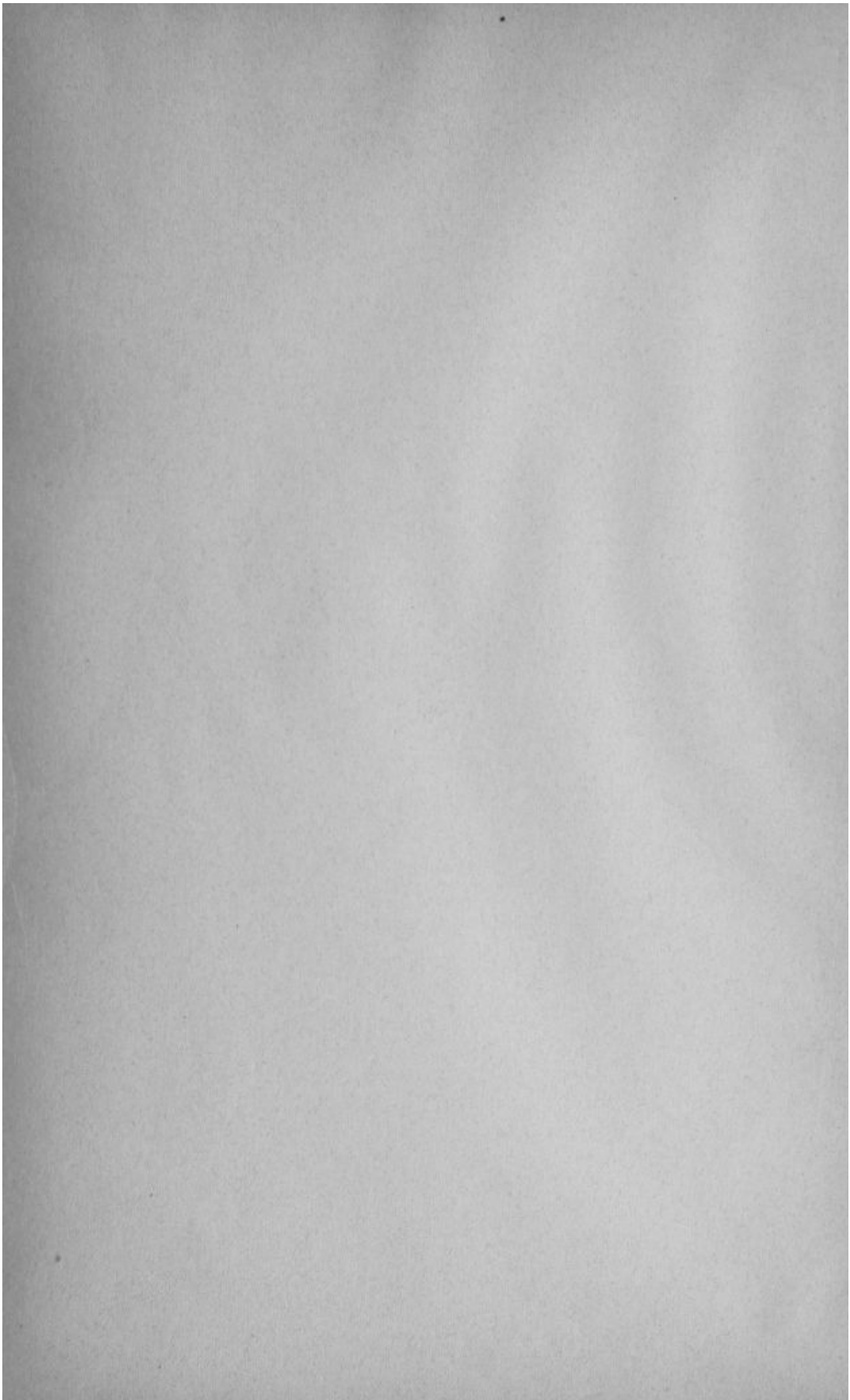
Volume 8. - Paris : G. Masson, 1900.

Cote : 90240



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90240x08>



90240

XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. PARIS 1900

SECTION
DE PSYCHIATRIE

206

Les Comptes rendus des Travaux des Sections du XIII^e Congrès international de Médecine sont publiés en 17 volumes ainsi répartis :

1. Anatomie descriptive et comparée. — Histologie et Embryologie.
Physiologie, Physique et Chimie biologiques.
2. Pathologie générale, Pathologie expérimentale.
5. Anatomie pathologique. — Bactériologie, Parasitologie.
4. Pathologie interne.
5. Médecine de l'enfance. — Chirurgie de l'enfance.
6. Thérapeutique, Pharmacologie, Matière médicale.
7. Neurologie.
8. Psychiatrie.
9. Dermatologie et Syphiligraphie.
10. Chirurgie générale.
11. Chirurgie urinaire.
12. Ophthalmologie.
15. Laryngologie, Rhinologie. — Otologie.
14. Stomatologie.
15. Obstétrique. — Gynécologie.
16. Médecine légale.
17. Médecine et chirurgie militaires : Sous-sections de Chirurgie, d'Épidémiologie et Hygiène, de Médecine navale, de Médecine coloniale.

Chaque volume est vendu séparément 5 fr. — On peut souscrire pour l'ensemble des 17 volumes au prix de 50 fr.

Chaque congressiste reçoit gratuitement le volume de la section à laquelle il a été inscrit. Il peut se procurer les volumes des autres sections au prix de 4 fr. et souscrire à l'ensemble au prix de 45 fr.

XIII^E CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. PARIS 1900

COMPTES RENDUS

Publiés sous la direction de A. CHAUFFARD, Secrétaire général

SECTION
DE PSYCHIATRIE

COMPTES RENDUS

PUBLIÉS PAR

M. ANT. RITTI

SECRÉTAIRE DE LA SECTION



90240

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

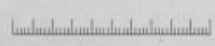
0011 2014 1 1017 024 13 10 1017 024 13 10 1017 024 13 10 1017 024 13 10

RECHERCHES
DE LA SOCIÉTÉ
D'ÉTUDES ÉCONOMIQUES

COMPTES RENDUS

1914

10340



XIII^E CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

PARIS, 2-9 AOUT 1900

SECTION DE PSYCHIATRIE

COMITÉ D'ORGANISATION DE LA SECTION

Président : M. MAGNAN.

Vice-présidents : MM. JOFFROY et GILBERT BALLEZ (de Paris), PIERRET (de Lyon), CULLERRE (de La Roche-sur-Yon).

Secrétaire général : M. ANT. RITTI.

Membres : MM. BOUCHEREAU, BOURNEVILLE, CHRISTIAN, JULES FALRET, CH. FÉRÉ, FEBVRE, P. GARNIER, MEURIOT, MOTET, SÉGLAS, TAGUET, VAL-LON et J. VOISIN (de Paris), ALBERT CARRIER (de Lyon), DOUTREBENTE (de Blois), GIRAUD (de Saint-Yon), MAIRET (de Montpellier), PARANT (de Toulouse), RÉGIS (de Bordeaux).

VENDREDI 3 AOUT

Séance du matin.

Présidence de M. MAGNAN.

SOMMAIRE. — Nomination du Bureau : MM. MAGNAN, PAUL GARNIER, RITTI. — Discours de M. MAGNAN, président de la Section. — Correspondance et liste des délégués français et étrangers : M. RITTI. — Adresse de la Section de Neurologie. Réponse de la Section de Psychiatrie : M. JOFFROY. — 1^{re} Question. Pathologie mentale : Les psychoses de la puberté. Rapports de MM. TH. ZIEHEN (d'Utrecht), ANT. MARRO (de Turin), J. VOISIN (de Paris). — Pronostic éloigné des psychoses de la puberté, par M. A. CULLERRE. — Statistique des psychoses de la puberté à l'asile des aliénées de Bordeaux, par M. PONS.

Les membres de la Section de Psychiatrie se sont réunis, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre sud de l'École de Pharmacie.

Nomination du Bureau.

M. MAGNAN. — Je déclare ouvert le Congrès international de psychiatrie de 1900 et, au nom du Comité d'organisation et de son Bureau,

PSYCHIATRIE.

1

j'adresse mes souhaits de cordiale bienvenue à tous nos collègues étrangers et nationaux qui ont bien voulu répondre à notre appel et apporter à cette œuvre scientifique internationale le précieux appui de leur savoir et de leur expérience.

Avant de commencer nos travaux, nous devons procéder à la constitution du Bureau définitif. Vous avez à nommer un président, plusieurs vice-présidents, un secrétaire général et des secrétaires des séances.

M. PAUL GARNIER. — Je demande que, selon toute justice, le bureau du Comité d'organisation devienne le bureau du Congrès.

Conformément à cette proposition, et après approbation des membres présents, le bureau est ainsi composé :

Président : M. MAGNAN.

Vice-présidents : MM. ZIEHEN pour l'Allemagne; KUFFNER pour l'Autriche-Hongrie; DUCHATEAU et DEPÉRON pour la Belgique; FRASER et SHUTTLEWORTH pour la Grande-Bretagne; ANGELUCCI, ROSOLINO COLELLA et ANT. MARRO pour l'Italie; BAJÉNOFF, SERBSKY et TOKARSKY pour la Russie; JOANNÈS MARTIN pour la Suisse; GILBERT BALLET, CHRISTIAN, CULLERRE et PIERRET pour la France.

Secrétaire général : M. RITTI.

Secrétaires des séances : MM. ANTHEAUME, BLIN, BOISSIER, MANHEIMER, ROUBINOWITCH et SEMELAIGNE.

M. MAGNAN. — Je vous remercie du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider le Congrès, et je suis certain d'être l'interprète de nos distingués collaborateurs du Bureau en vous assurant de tout notre zèle et de tout notre dévouement.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, je viens, au nom du Bureau, soumettre à votre approbation la liste des **Présidents d'honneur** de notre section :

MM. JOLLY, MENDEL, MESCHÉDE (Allemagne); VON KRAFFT-EBING, OBERSTEINER, D'OLAH (Autriche-Hongrie); JULES MOREL (Belgique); MELLO REIS (Brésil); VALLÉE (Canada); HUGHES (États-Unis); FLETCHER BEACH, sir JOHN SIBBALD (Grande-Bretagne); TAMBURINI (Italie); MIGUEL LEMOS (Portugal); DOMINGO CABRED (République Argentine); MIERZEJEWSKY (Russie); HJERTSTRÖM (Suède et Norvège); LADAME et BLEULER (Suisse); FALRET, JOFFROY, MAIRET et MOTET (France).

DISCOURS DE M. LE DOCTEUR MAGNAN

Président de la Section.

MESSIEURS,

A l'ouverture de nos travaux, j'ai un pieux et douloureux devoir à remplir, celui d'exprimer nos profonds regrets à la mémoire d'un de nos rapporteurs les plus éminents, le P^r Korsakoff (de Moscou), qui a été ravi à l'affection des siens, de ses amis, de ses élèves, de ses malades, au moment même où il mettait la dernière main au rapport

sur la *clinothérapie*, dont il avait, malgré sa santé chancelante, bien voulu se charger. Il est mort sur la brèche, dans tout l'éclat et la vigueur de sa vaste intelligence, en laissant le souvenir, non seulement d'un savant incontesté, mais d'un philanthrope modeste et discret, dont l'influence bienfaisante peut se mesurer aujourd'hui par le vide immense que sa mort vient de révéler.

Ce deuil n'est malheureusement pas le seul : nous avons encore à regretter la mort d'un de nos collaborateurs les plus aimés et les plus distingués, le Dr Bouchereau, membre du Comité d'organisation, à la mémoire duquel des témoignages émus d'estime et d'affection ont déjà été rendus.

Le Congrès de 1900 semble devoir marquer une date importante dans l'histoire de la psychiatrie. Les aliénistes de tous les pays, non seulement suivent avec attention et se mêlent, pour la plupart, au grand mouvement qui a déjà fait tant progresser la médecine générale et les sciences biologiques, mais encore, de tous les côtés, un vigoureux effort se dessine pour assurer le traitement de la folie et la réalisation pratique des divers modes d'assistance des aliénés. Nous sommes loin des spéculations métaphysiques des psychologues confinés dans la pure observation intérieure ; de bonne heure, la plupart des aliénistes se sont attachés à l'observation directe des faits et si, au début, frappés par certains phénomènes prédominants, ils ont accordé à un symptôme la valeur d'une entité morbide, en créant les monomanies, bientôt la détermination de la paralysie générale et l'appréciation plus exacte des différentes manifestations morbides ont marqué un notable progrès. Cette méthode clinique donne à chaque phénomène le rang qui lui revient, non seulement d'après sa forme, sa couleur, son contenu, mais surtout d'après son évolution. Elle ne décrit plus comme espèces distinctes les diverses phases d'une maladie ; mais elle essaye d'embrasser tout son ensemble, de reconstituer son passé et de prévoir son avenir, elle rétablit la filiation successive des phénomènes depuis la cause jusqu'à la terminaison, si bien que le diagnostic implique nécessairement le pronostic.

D'autre part, l'anatomie pathologique, l'examen plus approfondi des organes, les progrès de l'histologie par les nouvelles techniques, l'expérimentation physiologique confirmant et éclairant la clinique, ont fait faire un grand pas à l'étude des localisations cérébrales, et cette étude, fertile en résultats intéressants et pratiques, a permis de rattacher les modifications mentales à l'activité de certains centres déterminés.

De plus, l'application de moyens plus rigoureux d'expérimentation,

tels que la méthode psycho-physique, a fait pénétrer plus profondément dans la connaissance de certains phénomènes primordiaux, les sensations par exemple, qu'il s'agisse du sens musculaire, de la vue, du goût, de l'odorat, du toucher.

Les résidus de ces sensations sont devenus des images qui ne flottent plus dans le vague, mais se localisent, formant des types assez nettement définis pour être désignés du nom de *visuels*, *auditifs*, *moteurs*.

Tous ces matériaux accumulés sont mis à profit par les psychophysiologistes qui, abandonnant l'introspection des psychologues, ont adopté la méthode objective et agrandi le champ d'observation.

C'est par l'étude des faits normaux et pathologiques, par l'étude de l'enfant et des aliénés qu'ils sont parvenus à suivre le développement, la marche évolutive des facultés intellectuelles, et puis, leur marche régressive, les conditions dans lesquelles ces facultés s'abolissent et se dissolvent. Les belles recherches de M. Th. Ribot sur la mémoire, la volonté, la personnalité, l'attention, prouvent combien sont fécondes ces sources d'investigation, et quelle vive lumière elles ont jeté sur des côtés cliniques restés jusqu'ici obscurs.

Ce n'est pas tout, le grand mouvement scientifique provoqué par les admirables découvertes de Pasteur, les travaux de M. Bouchard sur la nutrition, ceux de M. Gautier sur les actes biologiques et les échanges chimiques, dont est le siège la cellule vivante, les recherches sur la constitution des liquides de l'économie à l'état de santé et de maladie, ces travaux ont déjà donné des résultats appréciables, ouvert des horizons plus vastes. Ces doctrines nouvelles de l'infection, de l'auto-intoxication ont fait naître les psychoses infectieuses avec les microbes et les toxines, les psychoses viscérales avec les auto-intoxications dues aux lésions des organes, et enfin les psychoses diathésiques dans lesquelles les infections et les auto-intoxications peuvent simultanément intervenir, et, dans un magnifique élan vers un idéal pathogénique, on voudrait arriver à la détermination de la formule chimique propre aux différents états morbides!

Il ne nous déplaît pas de constater ces grandes envolées; quel que soit l'essor de notre imagination, la clinique immuable, rebelle aux hypothèses, fournit chaque jour l'enseignement qui empêche de s'égarer et ramène vers la réalité des faits. Les agents infectieux, microbes et toxines, les poisons de l'économie dépendant d'une élaboration nutritive incomplète peuvent, sans doute, provoquer certains troubles psychiques, de la confusion, de l'obtusion mentale, des amnésies de nature diverse suivant le siège et l'étendue des régions

intéressées ; mais ces produits sont incapables par eux-mêmes d'engendrer une psychose pure, un délire systématisé, une manie, une mélancolie, une impulsion, une obsession, ces stigmates si caractéristiques de la dégénérescence. Il en est de la folie comme des autres affections. Est-ce qu'un psoriasis, un eczéma pourraient être provoqués par une irritation cutanée quelle qu'en fût l'intensité, si le sujet ne portait pas déjà en lui l'aptitude à produire ces dermatoses ? Il faut, pour le développement d'une psychose, d'un délire systématisé, tout d'abord un terrain préparé, une prédisposition, et alors seulement, la cause morbifique, agissant sur un cerveau en état de moindre résistance, peut faire éclore la folie ; sans cela, on ne s'expliquerait pas pourquoi, parmi tant d'urémiques, tant de tuberculeux, de cancéreux, de syphilitiques, etc., un si petit nombre est touché par la folie.

Du reste, en lisant les observations de psychoses attribuées aux diathèses, aux maladies viscérales, aux infections, on est surpris du polymorphisme symptomatique dont elles s'accompagnent, et l'on comprend l'hésitation à attribuer à une même cause toxique des troubles si variés ; c'est qu'à côté du poison, il y a le sujet avec ses qualités personnelles, ses différents degrés de prédisposition. On se rend bien compte de ce qui se passe en se reportant à une intoxication que l'on a malheureusement trop souvent l'occasion d'observer, l'alcoolisme.

Dans les cas simples, que voyons-nous ? Un délire, toujours le même, fait tout entier d'hallucinations pénibles, multiples, mobiles, professionnelles, ou rappelant les événements saillants du jour. Ce délire a une évolution constante ; il se manifeste d'abord la nuit, puis la nuit et le jour ; les hallucinations disparaissent promptement le jour, se maintiennent encore quelques nuits et cessent complètement en moins d'une semaine, s'il ne survient pas une cause nouvelle d'excitation. Le délire passe comme un rêve qui ne résiste pas aux réalités du réveil. Mais si tel est l'accès alcoolique chez un sujet indemne de toute tare héréditaire, que de variétés présentent les alcoolisés prédisposés ou dégénérés ! Le plus souvent le délire, pendant deux ou trois jours, ne diffère pas de l'accès hallucinatoire simple ; mais une fois la bouffée délirante passée, les alcoolisés prédisposés redeviennent eux-mêmes, c'est-à-dire des sujets avec des degrés variables de prédisposition, et, par suite, les troubles psychiques qui survivent à l'accès peuvent affecter toutes les formes cliniques, depuis la manie et la mélancolie, depuis les délires polymorphes les plus touffus jusqu'aux délires les plus étroitement systématisés, ambitieux, mys-

tiques, de persécution, etc. L'alcool n'a pas enfanté ces derniers délires, mais il a agi comme cause excitante.

Toutes ces recherches ont l'avantage d'attirer l'attention sur les troubles somatiques dont s'accompagne la folie, troubles autrefois, sans doute, un peu trop négligés, et cette nouvelle tendance, pleinement justifiée d'ailleurs, a provoqué des applications thérapeutiques nombreuses. Non seulement on a puisé plus largement dans la matière médicale, mais on a donné plus d'extension à certains modes de traitement, à l'opothérapie, à l'électrothérapie, à la méthode hypodermique et même à l'intervention chirurgicale ! Il va sans dire que nous sommes encore là à une période de tâtonnements qui n'est pas sans soulever de nombreuses réserves.

Mais le terrain sur lequel les psychiatres sont d'accord et tendent aujourd'hui à se rencontrer, c'est la nécessité, par la large application de divers modes d'assistance, d'assurer une meilleure hygiène et une protection plus efficace aux aliénés, tout en leur laissant une plus grande liberté.

Pendant longtemps l'asile, considéré comme le seul instrument de traitement de la folie, recueillait pêle-mêle tous les aliénés; peu à peu et après bien des essais, pour répondre aux diverses indications, on en était arrivé à une division de l'établissement par quartiers : les cellules, les demi-agités, les tranquilles, les faibles ou gâteux et l'infirmerie. Des ateliers, des services généraux et quelquefois des terrains de culture complétaient cette installation; mais, le soir, toute la population de l'asile devait regagner ses quartiers enclos de murs, de sauts de loup, de portes avec serrures spéciales.

Tel est, sauf de très rares exceptions, le mode d'assistance généralement adopté. Une appréciation plus nette de l'état et des besoins des aliénés, l'encombrement des asiles, les exigences budgétaires ont provoqué depuis quelques années un mouvement d'opinion qui ne tend pas sans doute à la destruction de ce vieil organisme, mais à son rajeunissement et à sa transformation, en même temps qu'il lui enlève, pour le placer dans des conditions mieux appropriées, une grande partie de sa population actuelle.

De l'avis presque unanime, un premier groupe de malades, les déments séniles, les déments organiques, les chroniques inoffensifs, principale cause de l'encombrement, doivent être distraits de l'asile et placés dans un milieu mieux approprié à leur état.

Pour eux, différents modes d'assistance sont préconisés : l'assistance au domicile même du malade, l'hospice-asile, la colonisation familiale. L'assistance au domicile du malade serait évidemment la

plus simple; mais elle réclame des conditions spéciales, réalisables dans un petit nombre de cas seulement.

L'hospice-asile, largement ouvert, plus économique, conviendrait au groupe de déments dont la santé physique, le gâtisme, réclament des soins particuliers, plus efficacement donnés par un personnel expérimenté.

La colonisation familiale répond au plus grand nombre; elle est, vous le savez, comprise de deux façons: les aliénés sont dispersés sur une étendue plus ou moins vaste du territoire, dans des localités éloignées, ou, au contraire, réunis dans la même agglomération. Le premier système, pratiqué avec succès en Écosse, constitue le *private dwelling system*, si bien installé par l'ancien et distingué *Commissioner in lunacy*, sir John Sibbald.

Le second, organisé en Belgique à Gheel et à Lierneux, et depuis quelques années en France à Dun-sur-Auron (Cher) et bientôt à Ainay-le-Château (Allier), groupe les aliénés dans la même localité et les place ainsi sous la direction immédiate du médecin.

Un hôpital-asile permet, à Gheel, de recevoir toutes les catégories de malades et facilite de bonne heure pour le convalescent son passage à la vie libre, chez le nourricier. Dun-sur-Auron, muni d'une infirmerie et à proximité de l'asile de Beauregard, reçoit, en dehors des déments, quelques chroniques hallucinés et quelques délirants systématisés que l'on place momentanément à l'infirmerie ou à l'asile quand viennent à se produire des maladies incidentes ou quelque phase d'excitation.

Un second et un troisième groupe de malades que l'on tend à détacher de l'asile ou à placer dans des quartiers spéciaux sont fournis par les épileptiques et les alcoolisés. Pour les premiers, en raison de leurs attaques, on songe plus volontiers aux colonisations agricoles avec villas ou bâtiments séparés et à une infirmerie pour les périodes de crises et les affections incidentes.

Pour les seconds, les alcoolisés, l'absence d'une législation spéciale dans beaucoup de pays laisse le champ ouvert à la discussion et retarde l'accomplissement des réformes nécessaires. Cette question, d'ailleurs, comporte des solutions diverses, suivant qu'on envisage les buveurs d'habitude, les alcoolisés délirants et les aliénés ou nerveux avec appoint alcoolique. Quelques promoteurs impatientes veulent d'emblée tout régler, législation et assistance; les autres, peut-être plus pratiques, demandent à mettre à profit les bonnes dispositions des administrations pour une hospitalisation plus conforme aux besoins des alcoolisés dont le délire force la porte des asiles.

Quoi qu'il en soit, l'initiative privée a créé, non sans succès, en Suisse, aux États-Unis, en Allemagne, en Angleterre, des maisons de retraite et de travail pour les buveurs d'habitude, et l'on tend, partout ailleurs, à l'installation de quartiers spéciaux, en attendant une organisation plus complète et plus efficace qui pourra mettre à profit le concours de toutes les bonnes volontés.

Les idiots et les imbéciles ne doivent pas non plus être maintenus à l'asile : il est préférable pour eux d'être réunis dans un même centre pour y recevoir les soins hygiéniques et le traitement médico-pédagogique dont ils ont besoin. Là encore, l'infirmierie devra se trouver à côté de l'école et de l'atelier. Ce mode d'assistance est déjà réalisé dans beaucoup de pays, et Bicêtre, sous l'active initiative de M. Bourneville, nous en présente un très beau spécimen.

Enfin, un dernier groupe, que l'on tend de plus en plus à éloigner de l'asile, comprend certains aliénés dits criminels, non point le paralytique général ou le sujet nettement aliéné qui a commis un crime ou un délit, mais le dégénéré fou moral pour lequel on hésite parfois aujourd'hui entre la prison et l'asile; sa présence parmi les aliénés ordinaires est presque toujours une cause de trouble, et il ne semble guère possible de différer plus longtemps l'installation d'un établissement spécial dans le genre de Broadmoor, avec une réglementation et même une législation particulières.

Après l'élimination de ces différents groupes de pensionnaires, l'asile resterait avec sa véritable population d'aliénés, les uns aigus, qui, dans beaucoup d'établissements, sont aujourd'hui déjà soumis au *traitement par le repos au lit*, grave et importante question d'alitement indissolublement liée au *no-restraint* dont il n'est, en quelque sorte, que la conséquence et la suite, mais que je me garderai de déflorer puisqu'elle figure à notre ordre du jour, et pour la solution de laquelle le Comité d'organisation a voulu faire appel aux lumières du Congrès.

Quoi qu'il en soit, ces malades aigus, alités, hospitalisés, au bout d'un temps plus ou moins long, donnent des convalescents en voie de guérison ou des malades plus tranquilles, mais encore délirants.

Les premiers, en bonne voie de guérison, dans quelques établissements, Altz-Scherbitz, par exemple, quittent le quartier d'alitement, l'hôpital, pour se rendre à une partie annexe, sorte de colonie, où ils s'essaient à la liberté en travaillant *toutes portes ouvertes*.

Les seconds, plus tranquilles, mais non guéris, quittent aussi l'hôpital, mais doivent rester l'objet d'une certaine surveillance et ne peuvent, pour la plupart, que très tardivement et après une longue

observation, bénéficiant du régime de colonisation. Ces malades sont, en général, des délirants systématisés qui désignent leurs ennemis imaginaires, des persécutés-persécuteurs, des dégénérés obsédés et impulsifs.

Il semblerait donc aujourd'hui que l'asile, réduit à ses éléments essentiels, devrait comprendre l'hôpital pour les cas aigus, les quartiers de surveillance pour les aliénés tranquilles mais dangereux, la colonie à portes ouvertes pour les convalescents.

Vous voyez, messieurs, quels vastes sujets d'étude s'offrent devant nous, aussi bien au point de vue scientifique qu'au point de vue de la pratique et des divers modes d'assistance des aliénés; jamais, à aucune époque peut-être, des problèmes aussi importants et aussi nombreux ne s'étaient posés à l'esprit du psychiatre; notre Congrès jettera, j'en suis convaincu, de vives lumières sur quelques-uns: il ne les résoudra pas tous; mais il est permis d'avoir confiance en l'avenir; ne sommes-nous pas tous unis dans une même pensée, ardente et généreuse, faire tous nos efforts pour l'amélioration du sort des malheureux en proie à la plus cruelle des infortunes, la perte de la raison?

CORRESPONDANCE ET LISTE DES DÉLÉGUÉS FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, nous avons reçu de trois de nos collègues étrangers des lettres d'excuse, ou plutôt de regret, de ne pouvoir assister à notre réunion: ce sont MM. DOMINGO CABRED, de Buenos Ayres; DE KRAFFT-EBING, de Vienne, et SCHULE, d'Illenau.

Comme à nos congrès précédents, nous avons adressé des invitations aux diverses autorités administratives, dont dépend le service des aliénés: de toutes nous avons reçu les réponses les plus sympathiques à notre œuvre et des preuves de l'intérêt porté à nos travaux.

En outre, plusieurs gouvernements étrangers et un grand nombre de sociétés savantes, en particulier, des sociétés de psychiatrie, ont tenu à se faire représenter officiellement à notre section. Voici la liste de ces délégués:

MM. CLARK BELL, pour le gouvernement des États-Unis; BAJÉNOFF, pour la Société de médecine de Voronège; DEPÉRON, pour la Société de médecine mentale de Belgique; DUCHATEAU, pour la Société de médecine de Gand; HALBERTSMA, pour la Société neurologique et psychiatrique néerlandaise; PELLETIER, pour le préfet de la Seine; Mlle ROBINOVITCH (LOUISE), pour la Société de médecine légale de New-York; MM. SHUTTLEWORTH et FLETCHER BEACH pour l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande; Sir JOHN SIBBALD, pour le *Royal Colledge of Physicians*, d'Édimbourg; MM. de SAINT-

SAUVEUR, pour le Ministre de l'Intérieur de France; STOENESCU, pour le Ministre de la Justice de Roumanie; TOKARSKY, pour la Société des neurologistes et aliénistes de Moscou.

ADRESSE DE LA SECTION DE NEUROLOGIE

M. JOFFROY. — Je suis chargé par le Bureau et les membres de la Section de Neurologie de vous lire l'adresse suivante qui a été votée à l'unanimité des membres présents de cette Section :

« Les membres de la Section de Neurologie du XIII^e Congrès international de Médecine, assemblés à la Sorbonne, dans l'amphithéâtre Richelieu, envoient aux membres de la Section de Psychiatrie un cordial salut. Ils les prient d'agréer l'assurance de leurs sentiments de haute estime et expriment leurs souhaits qu'en travaillant ainsi parallèlement dans un même esprit de dévouement à la science, les deux sections contribuent efficacement à l'avancement de nos connaissances pour tout ce qui concerne le système nerveux normal et pathologique. »

J'ajouterai que notre président, M. MAGNAN, présent à la première séance de la Section de Neurologie, a répondu oralement à cette adresse et a remercié au nom de tous ses collègues. Je crois néanmoins qu'il serait bon de répondre à cette manifestation si sympathique de la Section de Neurologie par une adresse écrite.

Le texte suivant, proposé par M. JOFFROY, est adopté à l'unanimité :

« Les membres de la Section de Psychiatrie du XIII^e Congrès international, assemblés à l'École de Pharmacie, envoient aux membres de la Section de Neurologie leurs sincères remerciements, les félicitent du succès de leurs réunions, leur renouvellent l'assurance de leurs sentiments de haute et confraternelle estime et seront toujours heureux de se retrouver avec eux dans les futurs Congrès pour travailler ensemble au développement de nos connaissances sur les maladies du système nerveux. »

PREMIÈRE QUESTION. — PATHOLOGIE MENTALE LES PSYCHOSES DE LA PUBERTÉ

RAPPORT

par M. le prof. Th. ZIEHEN,

d'Utrecht.

Das mir zur Verfügung stehende Material setzt sich aus Kranken der psychiatrischen Staatsklinik in Jena, deren Krankheitsgeschichten Herr Professor Binswanger mir freundlichst zu verwerthen gestattet hat, und ambulant behandelten Privatkranken zusammen. Die Auswahl des Materials geschah in folgender Weise. Verwerthet wurden

nur diejenigen Fälle, in welchen der *Krankheitsausbruch* unzweifelhaft in der Pubertät erfolgt war. Die Pubertät wurde vom vollendeten 14. bis zum vollendeten 20. Lebensjahr gerechnet. Alle zweifelhaften Fälle wurden ausgeschieden. Desgleichen wurden alle reinen Neurosen nicht einbezogen. Die Neurasthenie blieb also ganz unberücksichtigt; Hysterie und Epilepsie wurden nur berücksichtigt, sofern in der Pubertät auch ausgesprochene psychische Krankheits-symptome sich gezeigt hatten. Ausgeschlossen wurden endlich diejenigen Pubertätspsychosen, welche sich bei schwerem angeborenen Schwachsinn entwickeln; eingerechnet wurden hingegen diejenigen Fälle, in welchen auf dem Boden einer leichten Debilität in der Pubertät sich eine Geistesstörung entwickelt hatte.

Die Gesamtzahl der Pubertätsfälle der Staatsklinik, welche seit 1880 zur Aufnahme gelangt sind, beläuft sich auf 402 und vertheilt sich auf 225 männliche und 177 weibliche Kranken. Die Gesamtzahl der Aufnahmen beträgt innerhalb derselben Zeit 5440 auf den Männerabtheilungen und 2400 auf den Frauenabtheilungen. Es ergiebt sich hieraus für die Männer ein Prozentsatz von 6,5 %, für die Frauen ein solcher von 7,4 %, indes ist die erstere Zahl nicht verwerthbar, weil in der Staatsklinik zu Jena Unfallkranke ein sehr grosses Contingent zu den Aufnahmen stellen. Zieht man diese ab, so dürfte sich ein annähernd gleicher Prozentsatz für beide Geschlechter ergeben¹.

Die Zahl der ausserhalb der Anstalt behandelten Kranken beläuft sich auf 55, 24 männliche und 31 weibliche Individuen. Bei den statistischen Angaben ist nur das Material der Staatsklinik verwerthet worden.

Unter den *weiblichen* Kranken war bei 85, also fast bei der Hälfte, eine schwere erbliche Belastung nachzuweisen; leichtere Belastung bei etwa *einem* Viertel. In 15 Fällen steht ausgesprochene Trunksucht des Vaters fest. Schwere Belastung ist väterlicherseits noch etwas häufiger als mütterlicherseits. Tuberkulöse Belastung scheint nicht häufiger als bei Gesunden gleichen Alters; schwere gichtische Belastung ist in 6 Fällen nachgewiesen. Unter den männlichen Kranken war eine schwere Belastung bei 98 Fällen nachzuweisen. In *einem* Falle war die Mutter Gewohnheitstrinkerin.

Symptome einer hereditären Lues fanden sich nur sehr selten; häufiger findet sich die Angabe, dass der Vater an Tabes oder Dementia paralytica gelitten hat.

1. Ich bemerke noch, dass wiederholte Aufnahmen desselben Kranken stets nur als *eine* gezählt worden sind.

Congenitale Debilität war bei den *weiblichen* Kranken in 5 Fällen¹ festgestellt; in 49 Fällen, waren ausserdem die Leistungen auf der Schule nicht befriedigend. Symptome hereditärer Syphilis fanden sich bei 2 weiblichen Kranken. Ausgesprochene Rachitis lag bei 8 Patientinnen vor, ausgesprochene Skrophulose nur bei 4. In 27 Fällen war eine erheblichere Chlorose zu verzeichnen. In 7 Fällen waren infantile Konvulsionen anamnestisch nachweisbar. In 15 Fällen waren anderweitige Symptome oder Krankheiten von Seiten des Nervensystems vorausgegangen. Eine auffällige Charakterentwicklung ist in 8 Fällen bemerkt worden. Kopftrauma kommt in 5, Einwirkung calorischer Schädlichkeiten in 4, eine acute Infektionskrankheit in 5 Fällen in Betracht; Magengeschwür lag in *einem* Fall vor. Eine forcirte Karlsbader Cur hat wahrscheinlich gleichfalls in *einem* Fall eine erhebliche ätiologische Rolle gespielt. In 2 Fällen handelte es sich um sogenannte 7 Monat-Kinder. Eine erhebliche Ueberanstrengung ist in 7 Fällen sicher festgestellt. Psychischen Ursachen vom einfachen Liebeskummer bis zu Stuprumversuchen wird nach der Anamnese in 21 Fällen eine wesentliche Bedeutung zuzuschreiben sein. Besondere Aufmerksamkeit habe ich natürlich etwaigen *Menstruationsanomalien* geschenkt. In 9 Fällen war die Menstruation noch nicht eingetreten; in 15 Fällen war sie verspätet, nach dem 16. Jahr aufgetreten; in 16 Fällen war die Menstruation vor Ausbruch der Psychose längere Zeit ausgeblieben, nachdem sie zuvor rechtzeitig erschienen war; endlich waren in 20 Fällen schwerere Menstruationsanomalien, stärkere Unregelmässigkeit, abnorm starke Blutverluste, schwere Molimina zu verzeichnen.

Etwas anders vertheilen sich, abgesehen von der Erblichkeit, die ätiologischen Momente bei den *männlichen* Kranken: Debilität liegt in 4 Fällen vor. In 27 Fällen ist nur bemerkt, dass die Schulleistungen unbefriedigend waren. Symptome der hereditären Syphilis fanden sich in 5 Fällen. Taubstummheit ist in *einem*, Stottern in 2 Fällen vermerkt. Dentitions- und andere Krämpfe sind in 8 Fällen festgestellt, vereinzelte Krampfanfälle im 7. bis 10. Lebensjahr in 2 Fällen, infantile Hirnkrankheit ohne Krampfanfälle in 5 Fällen. Verspätung des Gehen- und Sprechenlernens steht in je 4 Fällen fest. Zwei Patienten sind Zwillinge, 1 Patient ist circa 6 Wochen zu früh geboren. Eine sehr protrahirte Enuresis, in *einem* Fall bis zum 17. Lebensjahr, wurde in 4 Fällen ermittelt. Rachitis scheint seltener Weise seltener als bei den weiblichen Kranken. In 2 Fällen ist eine

1. In einem Fall scheint der Intelligenzdefekt erst im Anschluss an eine schweren Scarlatina im 5. Lebensjahr aufgetreten zu sein.

auffällige plötzliche Verlangsamung der geistigen Entwicklung in einem der ersten Schuljahre bemerkenswerth. Skrophulose spielt keine Rolle, Asthma bestand in 2 Fällen, Anämie spielt eine viel geringere Rolle als bei den weiblichen Kranken; eine ausgesprochene Chlorose fand sich nur in 2 Fällen. Eine auffällige allgemeine Ernährungsstörung kommt in 4 Fällen in Betracht. Eine abnorme affektive Erregbarkeit bestand in 8 Fällen schon sehr lange vor Ausbruch der Psychose. Neuropathologische Symptome wie häufigere Kopfschmerzen u. s. w., waren in 12 Fällen vorausgegangen; in *einem* Fall ist in der Anamnese Chorea erwähnt. Ueber Erziehungsfehler, beziehungsweise-mängel, ist sehr schwer zur Klarheit zu kommen; eine erhebliche Rolle scheinen sie nicht zu spielen.

In 22 Fällen ging eine excessive, Jahre hindurch fortgesetzte Masturbation dem Ausbruch der Psychose voraus. Anderweitige sexuelle Excesse sind in 1 Fall für die Krankheit haftbar zu machen, chronische Alkoholexcesse in 11, *einmalige* in 5 Fällen. Nikotiana-excesse sind wahrscheinlich nur in 1 Fall an der Erkrankung mitbetheiligt. Chronische Bleivergiftung spielte in einem Fall eine Rolle. Schwere Ueberarbeitung ist in 16 Fällen das entscheidende Moment gewesen. Eine schwere traumatische Commotion liegt in 14 Fällen vor, doch ist nur in 2 Fällen ein unmittelbarer Causalzusammenhang wahrscheinlich.

Unter den unmittelbaren Gelegenheitsursachen ist ermittelt :

Insolation in 2 Fällen.

Anderweitige calorische Schädlichkeiten in 1 Fall.

Typhus in 1 Fall.

Schwere Otitis media mit Mastoiditis in 2 Fällen.

Schwere Durchnässung in 1 Fall.

Schweres Empyem in 1 Fall.

Schwere Diphtherie in 1 Fall.

Schwere Influenza in 1 Fall.

Schwere Hautverbrennung in 2 Fällen.

Ganz abnorm rasches Längenwachsthum in 1 Fall.

Ein starker Affektshock in 21 Fällen.

Mit Rücksicht auf die Veröffentlichungen Venturi's¹ und seine Controverse mit Cullerre² erwähne ich auch speciell, dass nur in 5 Fällen im letzten Jahr vor dem Ausbruch der Psychose eine Gonorrhoe verzeichnet ist, und nur in *einem* von diesen 5 Fällen ist nach dem zeit-

1. *Ann. méd. psych.*, 1895 B. II, S. 196; *Riforma medic.*, 1894, April.

2. *Ann. méd. psych.*, 1894 B. XX, S. 291, und *Vendée méd.*, 1895.

lichen Verlauf die Annahme eines Causalzusammenhangs zwischen Psychose und Gonorrhoe wirklich naheliegend.

Es ist selbstverständlich, dass, wie bei allen solchen Untersuchungen, auch diese Zahlenangaben nur als die sicheren *Minimalwerthe* zu betrachten sind. Die wirklichen Zahlen dürften stets nicht unerheblich höher sein, da es in manchen Fällen trotz eifriger Nachforschung nicht gelingt eine zureichende Anamnese zu erhalten.

Jedenfalls ergibt sich, dass die Pubertät im allgemeinen Sinne ein äusserst zusammengesetzter ätiologischer Faktor ist. Der Vorgang der Geschlechtsreifung, die Pubertät s. str., stellt nur *einen*, wahrscheinlich allerdings sehr erheblichen Theilfaktor dar. Einzelne andere Theilfaktoren stehen wenigstens indirekt in Beziehung zur Pubertät, so z. B. die Chlorose; viele aber spielen auf anderen Altersstufen dieselbe Rolle wie in der Pubertät. Es steht ja nun allerdings nichts im Wege abstrakt die Bezeichnung « Pubertätspsychosen » etwa auf diejenigen Psychosen einzuschränken, welche ausschliesslich oder fast ausschliesslich auf den Pubertätsvorgang als solchen zurückzuführen sind. Praktisch ist ein solches Vorgehen einstweilen noch sehr misslich. Man würde bei einem solchen Versuch nur dazu gelangen, alle diejenigen Fälle als Pubertätspsychosen zu bezeichnen, in welchen ein anderes ätiologisches Moment nicht nachweisbar ist; offenbar ist damit aber durchaus nicht erwiesen, dass wirklich nur die Pubertät ätiologisch wirksam war, da sich noch viele ätiologische Faktoren, welche unzweifelhaft auf den verschiedensten Altersstufen wirksam sind, unserem Nachweis entziehen.

Es empfiehlt sich daher vorerst nur folgende Fragen zu beantworten :

1. Modifizirt die Pubertät die Symptome und den Verlauf der bekannten Psychosen in charakteristischer Weise?

2. Treten in der Pubertät in Vergleich mit den übrigen Lebensaltern einzelne Psychosen häufiger auf als andere und treten einzelne vielleicht sogar ausschliesslich in der Pubertät auf?

Ich werde versuchen an der Hand meines Materials diese Fragen durch Besprechung aller einzelnen uns bekannten Psychosen zu beantworten und lege dabei im Wesentlichen die in meiner Psychiatrie (Fr. Wreden, Berlin, 1894) gegebene Eintheilung zu Grunde. Ich beginne daher mit den *Psychosen ohne Defekt*, den funktionellen Psychosen.

Die MANIE ist im Pubertätsalter etwas häufiger als auf andern Altersstufen. Unter den von mir beobachteten *weiblichen* Kranken litten nicht weniger als 16 an reiner Manie. Es handelte sich also um krank-

hafte Heiterkeit und Beschleunigung des Vorstellungsablaufs und krankhaft gesteigerten Bewegungsdrang ohne Halluzinationen und ohne Defekt. Alle diese Fälle gingen mit Ausnahme eines einzigen¹ in Heilung über und, da eine Wiedereinlieferung nicht erfolgt ist, kann bei den hiesigen Verhältnissen mit grosser Sicherheit angenommen werden, dass auch ein Rückfall bislang nicht erfolgt ist; auch direkte Erkundigungen haben für die meisten Fällen ergeben, dass die Genesung bis jetzt definitiv gewesen ist. Die Symptome der Pubertätsmanie zeigen nicht selten ganz eigenartige Modifikationen. Schon Maudsley erwähnt eine choreatische Manie und Mairet führt in seiner ausgezeichneten Arbeit (*Ann. méd. psych.*, 1888-1889) speziell unter den Pubertätspsychosen eine Manie *choréique simple* an². Auch ich habe diese Modifikation des pathologischen Bewegungsdrangs bei der Pubertät mehrfach beobachtet. Noch häufiger und bemerkenswerther ist das Vorherrschen eines mimischen Bewegungsdrangs: Grimassiren, Tanzen, Singen, Nachahmen von Thierstimmen und Aehnliches steht im Vordergrund.

Das initiale Depressionsstadium fehlt nicht selten. In 2 Fällen setzte die Krankheit perakut mit einem Zustand von Bewusstlosigkeit ein. Nach der Beschreibung der Angehörigen stürzten die Kranken plötzlich zu Boden und waren viele Stunden bewusstlos, um dann gleich in dem jetzigen das heisst maniakalischen Zustand zu erwachen. Im *einem* Fall *könnte* eine Insolation mitgewirkt haben. Epileptische Anfälle sind in keinem Falle vor- oder nachher jemals aufgetreten. — Auf der Höhe der Krankheit ist Einnässen nicht selten. — Die Gröszenideen sind auch bei sehr gut veranlagten Kranken oft geradezu masslos. So nennt sich eine Kranke aus einfachem bürgerlichen Kreise in *einem* Athem Venus, Königin, Brunhilde, Gottheit. Sie will nach Paris und Litteratur studiren; Griechisch, Lateinisch, Spanisch und Italienisch hat sie bereits getrieben. Sie will das ganze Haus bemalen. Sie besitzt 25 000 Mark. Sie hat mit dem Prinzen verkehrt; sie hat eine Masse Verehrer, wohin sie kommt. *Sie* lässt donnern. Mich erklärt sie für den Kaiser u. s. w. Aus der retrospektiven Anamnese ergab sich später ganz unzweideutig, dass es sich nur um maniakalische Einfälle gehandelt hatte. Auffällig oft tritt auch flüchtig die Vorstellung auf: ich bin ein Mann, die Wärterin ist meine Frau.

Nicht mitgezählt sind bei den 16 Fällen weiblicher Pubertätsmanie

1. Dieser erlag einem interkurrenten Typhus, welcher die Kranke über 4 Wochen nach Ausbruch der Psychose in Folge einer Anstaltsepidemie befiel.

2. Die Manie *choréique hallucinatoire* Mairet's dürfte in den meisten Fällen nicht zur Manie zu rechnen sein.

die Fälle, in welchen sich ein maniakalischer Anfall mehrfach wiederholte. Unter diesen ist ein Fall sehr lehrreich, insofern dreimal in kurzen Zwischenräumen ein maniakalischer Anfall auftrat und dann dauernde Genesung statt der erwarteten periodischen Manie sich einstellte. In einem andern Falle machte ein Dienstmädchen zuerst eine Melancholie durch; bei der Genesung durchlief sie ein Stadium reaktiver Hyperthymie. Dann war sie völlig gesund und erkrankte erst 9 Monate später an einer reinen Manie; in der Rekonvaleszenz wurde ein Stadium leichter Depression und Angst beobachtet. Seitdem ist die Kranke viele Jahre gesund geblieben. In 2 andern Fällen kam ein postmanischer Stupor zur Beobachtung.

Unter den *männlichen* Kranken zähle ich 17 reine Manien, bei welchen genügende Zeit nach der Genesung verlaufen ist, um einen periodischen Verlauf mit Wahrscheinlichkeit ausschliessen zu können. Dazu kommen 2 wahrscheinlich gleichfalls nicht periodisch verlaufende Hypomanien und ferner 5 auf dem Boden der Debilität zur Entwicklung gelangte Manien. Im Ganzen entsprechen die Manien der männlichen Pubertät dem typischen Krankheitsbild noch besser und genauer als diejenigen der weiblichen Pubertät.

Auch die MELANCHOLIE ist im Pubertätsalter etwas häufiger als in mittlerem Lebensalter, wenn auch nicht so häufig als im 6. und 7. Lebensjahrzehnt. Ich zähle unter den weiblichen Kranken 20 unzweifelhaft hierher gehörigen Fälle, unter den männlichen Kranken 15. Dazu kommen jedoch noch zahlreiche Fälle (bei den männlichen Kranken 12), in welchen die typischen Symptome einer Melancholie sich auf dem Boden einer Neurasthenie entwickelten. Diese Uebergangsform der Neurasthenie zur Melancholie ist an anderer Stelle schon ausführlich von mir beschrieben worden¹.

Bei der Zusammenstellung der Melancholiefälle ist grosse Vorsicht erforderlich im Hinblick auf die Thatsache, dass mehrere andere Pubertätspsychosen, so namentlich die hebephrene Demenz, ein depressives Initialstadium — mitunter sogar als ein scheinbar selbstständiges, losgelöstes Vorspiel — aufweisen. Werden die Kranken zu früh der Beobachtung entzogen, so kann sehr wohl ein solches depressives Initialstadium mit einer Melancholie verwechselt werden. Ich habe alle zweifelhaften Fälle ausgeschieden.

Im Ganzen herrscht die leichtere Form, die *Hypomelancholie*, erheblich vor. Die Statistik der Irrenanstalten gibt daher ein unrichtiges Bild der Häufigkeit. Viele Fälle gelangen niemals in eine geschlossenen Anstalt.

1. Artikel Neurasthenie in Eulenburg's *Realencyklopädie*, 5. Auflage.

Eine Modifikation der Symptome oder des Ablaufes der Melancholie durch die Pubertät lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Nur ist bemerkenswerth, dass nicht selten im Verlauf einer typischen Pubertätsmelancholie vorübergehende *Zwangsvorstellungen*, statt *Wahnvorstellungen*, auftreten, *Zwangsvorstellungen*, welche mit der Melancholie definitiv verschwinden. So musste ein im Frühling 1898 nach Ueberarbeitung an Melancholie erkrankter 18jähriger Real-schüler bei Christus immer an Teufel denken (Kontrastzwangsvorstellung) und im Gebet zum Beispiel stets bei dem Wort *Christus* denken : « Das wird wohl ein Teufel sein. » Einer weiblichen Kranken verband sich die Vorstellung ihres Vaters stets mit der Vorstellung « Schweinehund » u. s. w.

Ausser der Melancholie und Manie spielen anderweitige affektive Störungen in der Pubertät eine grosse Rolle, welche ich kurz als *PUBERALE AFFEKTSCHWANKUNGEN* bezeichnen möchte. Es handelt sich um Angst-, Zorn- und Exaltationszustände, welche nicht im Sinne einer *zusammenhängenden* Affektpsychose (Melancholie), sondern *unzusammenhängend*, anfallsweise, im Sinn einer *Affekt-tendenz* auftreten. Sie stehen selbstverständlich den in physiologischer Breite gelegenen Affektschwankungen nahe, übertreffen aber diese an Intensität und an Unmotivirtheit ganz erheblich. Bei einem und demselben Individuum herrschen gewöhnlich Affektschwankungen einer einzigen Gattung vor, doch können auch verschiedenartige Affektschwankungen sich ablösen. Praktisch sind sie namentlich deshalb sehr bedeutsam, weil sie nicht selten zu Suicidversuchen, Gewaltthätigkeiten, Fortlaufen u. s. w. führen. Ich muss hierher 7 männliche und 7 weibliche Kranken rechnen, bei welchen allen die Störung erheblich genug war die Einlieferung in die Anstalt herbeizuführen. In 6 weiteren Fällen beobachtete ich ähnliche puberale Affektschwankungen bei Debilität. Mit Hysterie oder Epilepsie oder Neurasthenie haben alle diese Fälle nichts zu thun. Nicht selten kommt es nachträglich auf dem Boden dieser Affektschwankungen zu unbestimmten Wahnvorstellungen, ausnahmsweise auch zu entsprechenden flüchtigen Illusionen oder gar Halluzinationen. Die Kranken vermuthen zum Beispiel bei jedem Geräusch Einbrecher, sind misstrauisch gegen ihre Angehörigen (bis zu Vergiftungswahn), fürchten allerhand Krankheiten und dergleichen mehr. Auch Träume spielen oft eine einflussreiche Rolle. In andern Fällen wird eine religiöse Exaltation, in andern ein Hang zum Verschenden, Renommiren u. s. w. bis zur Hochstapelei beobachtet. Schwere Fälle können eine Paranoia oder Kahlbaums Heboidparanoia vortäu-

sehen. So glaubte ein 19 jähriger Kranker auf Grund solcher unbestimmter unzusammenhängender Angstzustände, er müsse sterben, alles Blut werde ihm fortgezogen, es gebe Krieg, er habe etwas genommen, dafür werde er durch Weghacken des Kopfes bestraft, im Pferdestall seien Räuber, in der Decke sei alles magnetisch, um ihm den Geist herauszuziehen, er dürfe nichts essen, weil sonst Feuer entstehe. In diesen wie in allen andern Fällen trat völlige Genesung ohne Defekt ein und hat, wenigstens für die meisten ist dies nachzuweisen gewesen, Bestand gehabt. Dieser Verlauf verbietet die Zurechnung zu einer Form der Demenz, der affektive Ursprung der Wahnvorstellungen die Zurechnung zur Paranoia, die Diskontinuirlichkeit und die Ungleichartigkeit der Affekte (schwere Zornaffekte) die Zurechnung zur Melancholie.

Beim weiblichen Geschlecht beschränken sich diese Affektschwankungen zuweilen auf die Zeit der Menstruation (5 weitere oben nicht eingerechnete Fälle).

Die Häufigkeit der STUPIDITÄT, der unzweckmässig sogenannten akuten heilbaren Demenz, in der Pubertät dürfte lokal sehr schwanken. Wo Uebearbeitung jugendlicher Individuen in Fabriken, Bergwerken, Handwerken (Bäcker!) u. s. w. häufig ist, dürfte auch die Stupidität in der Pubertät häufiger vorkommen. Unter meinen weiblichen Kranken finde ich nur einen einzigen Fall, welcher mit Sicherheit hierher zu rechnen ist, während sich unter den männlichen Kranken 11 finden. Dazu kommen 5 weitere Fälle, in welchen die früher von mir beschriebene Uebergangsform von der Stupidität zur Melancholie vorlag. Eine besondere hebephrene Modifikation vermochte ich nicht festzustellen.

DIE CHRONISCHE EINFACHE PARANOIA ist in der Pubertät entschieden selten. Ich habe jede einzelne hierher gehörige Krankengeschichte speziell auf den Zeitpunkt des Auftretens der ersten Krankheits-symptome geprüft und bin im Gegensatz zu Salgo und Anderen zur Ueberzeugung gekommen, dass weitaus die meisten Fälle erst im Verlauf des 5. Lebensjahrzehnts oder noch später einsetzen. Freilich findet man oft die Angabe, dass die Patienten von jeher zur Absonderung u. s. w. neigten; aber in der Regel bestand dieser Hang zur Einsamkeit u. s. w. schon vor der Pubertät, die Zeit der Pubertät verändert den psychischen Zustand meist nur sehr wenig oder gar nicht; die ersten, auch die noch ganz unbestimmten, Beziehungs-, Beachtungs-, Unheimlichkeitsvorstellungen treten meist postpuberal auf. Nur¹

1. Dies "nur" gilt im Vergleich zur Häufigkeit dieser Erkrankung im mittleren Lebensalter.

bei 8 männlichen und 2 weiblichen Kranken lässt sich die Entwicklung der Krankheit bis in die Pubertät zurückverfolgen. Man darf sich dabei natürlich nicht durch die bekannten retrospektiven Umdeutungen und Zurückdatierungen täuschen lassen.

Die als *ORIGINÄRE PARANOIA* bezeichnete Varietät der chronischen einfachen Paranoia ist gleichfalls selten eine Pubertätspsychose, sondern meist tritt sie präpuberal auf. Nur in 5 Fällen fällt ihre erste Entwicklung in die Pubertät. Sehr bemerkenswerth aber scheint mir, dass zuweilen in der Pubertät sich *langsam* Wahnvorstellungen entwickeln, welche ganz den bekannten der originären Paranoia entsprechen, aber später vollständig und dauernd verschwinden. Ich habe 2 ganz unzweifelhafte Fälle dieser Kategorie beobachtet. Der eine Patient hielt sich für ein verzaubertes Kind, für einen verpuppten Prinzen; der zweite legte sich einen andern Familiennamen bei u. s. w. Beide Fälle gehören zu der Paranoia var. phantastica, deren Besprechung ich sofort einschiebe.

Es kommen nämlich in der Pubertät nicht selten Fälle vor, in welchen ohne Halluzinationen oder Illusionen allerhand Phantasievorstellungen in grosser Zahl, nicht selten bis zu gewissem Grade systematisirt auftreten. Diese Phantasievorstellungen können, wie in den beiden oben erwähnten Fällen und in einigen anderen, inhaltlich ganz Wahnvorstellungen entsprechen; sehr oft handelt es sich auch nur um phantastische Erfindung oder Ausschmückung von Erlebnissen. Bisher hat man meist nur die letztere Form beachtet und als *Paralogia phantastica* beschrieben. Man kann alle diese Fälle als Paranoia phantastica oder, wenn man die Bezeichnung Paranoia durchaus auf eine kleinere Krankheitsgruppe, eine Krankheitspecies beschränken will, als *Paranoësis phantastica* bezeichnen. In der Pubertät sind diese Zustände weitaus am häufigsten. Viele Fälle haben nicht das Geringste mit Hysterie zu thun. Psychologisch bieten sie das allergrösste Interesse. Meist handelt es sich um Individuen, deren Phantasie von der Kindheit an sehr lebhaft entwickelt war. In nicht wenigen Fällen spielt auch unzweckmässige Erziehung eine bedeutsame ätiologische Rolle. Amnesie besteht niemals. In einem sehr charakteristischen Falle führte der Zustand zu sinnlosen Verschwendungen. Der bezügliche Gymnasiast bestellte sich überflüssiger Weise zahlreiche Kragen (« ich fühlte den Wunsch und hatte nicht eher Ruhe, bis ich mir's besorgt hatte »), ferner für 50 Mark Baumkuchen (« ich dachte, ich müsste Jemand einladen »), desgleichen einen Diamantring für 200 Mark. In seine phantastischen detaillirten Erfindungen, ein von ihm geschriebenes Drama sei auf-

geführt worden, er selbst zum Grossherzog deshalb befohlen worden, u. s. w., « hatte ich mich so hineingelebt, dass ich es selbst glaubte ». Er fälschte dementsprechend Telegramme u. s. w. Erst allmählich stellte sich volle Einsicht in die Unwirklichkeit der Phantasievorstellungen ein. Er sagte mir noch ausdrücklich: ich denke früh beim Aufwachen manchmal noch, es wäre doch wahr. Bemerkenswerth ist, dass er stets etwas verschwenderisch und nicht ganz wahrheitsliebend war. Genesung tritt meist ein, doch bedarf das definitive Schicksal dieser Kranken noch weiterer Verfolgung und Aufklärung. Ausnahmsweise schliesst sich übrigens an einen solchen Zustand der Hyperphantasie in der Pubertät eine schwere Psychose im Sinne einer Manie oder einer akuten halluzinatorischen Paranoia an, die ihrerseits in 5, 6 bis 9 Monaten zu heilen pflegt. Diese Fälle sind oben nicht mitgezählt.

DIE AKUTE HALLUZINATORISCHE PARANOIA ist in der Pubertät wenigstens ebenso häufig, wenn nicht häufiger als auf andern Altersstufen. In den typischen Fällen wechseln die Affekte und die motorischen Reaktionen mit den Halluzinationen. Hierher gehören 28 weibliche und 21 männliche Kranken. Alle zweifelhaften Fälle habe ich bei dieser Zählung weggelassen. Sehr häufig ist im Verlauf der Psychose eine stuporöse Phase. Auch katatonische Symptome, stereotype Stellungen und Bewegungen, selbst einen Pseudo-Negativismus beobachtet man zuweilen, ohne dass es sich irgendwie um die Kahlbaum'sche Katatonie mit ihrem charakteristischen Verlauf und ihrem Defekt handelt. Ich erkläre mir die katatonischen Stellungen und Bewegungen vielmehr folgendermassen: Die motorische Region der Grosshirnrinde ist an dem der akuten halluzinatorischen Paranoia zu Grunde liegenden Krankheitsprozess mitbetheiligt; analog den Halluzinationen und Illusionen, welche gleichfalls nicht selten eine auffällige Monotonie zeigen, treten auch krankhafte *motorische* Erregungen auf. Es ist zweifellos, dass zur Zeit viele Fälle akuter, subakuter und chronischer halluzinatorischer Paranoia zu Gunsten der Mode-Diagnose « Katatonie », « Dementia præcox » verkannt werden.

Bemerkenswerth ist, dass auch die akute halluzinatorische Paranoia ähnlich wie die Manie ausnahmsweise perakut mit einem kürzeren oder längeren Bewusstseinsverlust einsetzt.

Besonders häufig ist in der Pubertät, namentlich bei dem weiblichen Geschlecht, die *ideenflüchtige Varietät der akuten halluzinatorischen Paranoia*. Ich zähle allein bei den weiblichen Kranken 8 typische in Genesung übergegangene Fälle. Relativ selten ist hingegen die von mir schon 1891 beschriebene, von Chaslin und

Anderen als *Confusion mentale primitive* bezeichnete *dissoziative oder incohärente Varietät*. Sie ist in meinem Material nur durch 2 ganz typische Fälle vertreten.

Nicht mitgezählt sind bei allen diesen Angaben halluzinatorische Delirien bei Tuberkulose u. s. w., nach Verbrennung, bei Pubertätschorea (4 Fälle), sowie die halluzinatorischen Erregungszustände bei Debilität. Namentlich letztere sind in der Pubertät nicht ganz selten und geben, akutes Entstehen vorausgesetzt, keine ungünstige Prognose.

DIE SUBAKUTE UND CHRONISCHE HALLUZINATORISCHE PARANOIA sind in der Pubertät eher seltener als in mittlerem Lebensalter. Eine charakteristische hebephrene Modifikation liess sich nicht feststellen. Die chronische Form zeigt nicht selten tiefe Remissionen. Dieser chronischen remittirenden Varietät steht die *recidivirende Form* der *akuten halluzinatorischen Form* sehr nahe. Die einzelnen mehrere Wochen oder auch Monate währenden Anfälle der letzteren zeigen zuweilen ein charakteristisches Prodromalstadium: die Kranken klagen über Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Traurigkeit, geistige Leere, « Erstorben-sein der Gedanken (» ich bin nichts «) und allgemeines Kältegefühl. Der halluzinatorische Ausbruch erfolgt dann oft perakut. Sehr interessant ist auch die Vergleichung der einzelnen Anfälle nach ihrem äusseren Ablauf und namentlich nach der retrospektiven Anamnese¹. In vielen Anfällen handelt es sich um sehr gemischte zahlreiche Halluzinationen, Illusionen, viele sekundäre und einzelne primäre Wahnvorstellungen; dem entsprechend wechseln die motorischen Reaktionen und Affekte regellos. In anderen Anfällen herrscht ein stuporöser Zustand vor. Retrospektiv gibt die Kranke darüber wörtlich an: « Ich bin wie erwacht, ich habe mich nicht rühren können wegen Stimmen. » In einer 5. Reihe von Anfällen bietet sich das Bild der ideenflüchtigen halluzinatorischen Paranoia (mit Reimen, gesteigertem Bewegungsdrang u. s. w.). In einer 4. Reihe von Anfällen überwiegen katatonische (stereotype) Stellungen und Bewegungen; retrospektiv geben die Kranken an: « Ich habe nicht anders gekonnt. » « Es hat mich nur so überfallen. » « Grimassen schnitt ich, weil ich Kopfschmerz hatte. » Die Stimmung während solcher Anfälle wird sehr verschieden angegeben, oft als « ärgerlich ». Die Halluzinationen sind in solchen Anfällen nicht sehr zahlreich; so gibt eine Kranke an: « Mitunter dachte ich, ich wäre zu Hause. Dr. E. hielt ich für meinen Schwager. Manchmal war mir's schwarz vor den Augen. Manchmal sah ich Malereien an der Wand wie Photo-

1. Amnesie besteht niemals.

graphien, in der Farbe der Wand, ganz fremde Gesichter. Mich selbst hielt ich für Fr. P. Ich wusste nicht mehr, dass ich Fr. W. war; so gross und stark kam ich mir vor¹. » Ich schliesse aus dem Nebeneinandervorkommen solcher vorzugsweise katatonischer und anderer fast reinhalluzinatorischer Anfälle bei demselben Kranken auf die enge klinische Verwandtschaft der beiden Anfallsformen und auf die Richtigkeit der oben bereits gezogenen Analogie zwischen den katatonischen Bewegungen und den Halluzinationen. Wenn jene Kranke ihr stereotypes excessives Grimassiren auf Kopfschmerzen zurückführt, so würde dies von diesem Standpunkt als *Analogon* einer Illusion aufzufassen sein : der Kopfschmerz ruft eine reaktive Gesichtsverziehung hervor und diese wird von der erkrankten Rinde zu einem stereotypen Grimassiren transformirt. Aus den retrospektiven Anamnesen jugendlicher Kranken ergibt sich, dass gerade diese Genese ungemein häufig ist.

Prognostisch ist bezüglich der recidivirenden halluzinatorischen Paranoia wichtig erstens, dass der perakute Beginn des 1. Anfalls zuweilen eine bessere Prognose vortäuscht, zweitens dass auch in diesen Fällen eine eigenthümliche Müdigkeit dem perakuten Beginn längere Zeit vorausgeht, eine Müdigkeit, die auch in den späteren Intervallen ein Mahnzeichen ist, und drittens, dass im späteren Verlauf die Intervalle verschwinden und die Anfälle verschmelzen, seltener aber auch die Intervalle zunehmen und die Anfälle kürzer und milder werden können.

ZWANGSVORSTELLUNGEN als selbstständige Krankheit (*compulsives Irresein*) also nicht auf dem Boden einer Neurasthenie oder Melancholie entwickeln sich in der Pubertät nicht gerade häufig. Anstaltsstatistiken sind allerdings selbstverständlich hierfür nicht massgebend, aber auch unter vielen von mir ausserhalb der Anstalt behandelten Fällen von Zwangsvorstellungen war das Pubertätsalter nicht stärker vertreten als andere Lebensalter. Im Ganzen zähle ich nur 5 weibliche und 8 männliche Fälle. In einzelnen Fällen sind die Zwangsvorstellungen durch ihre Monstruosität ausgezeichnet (Ausstreuung von Pestbakterien in den Weltraum und Aehnl.)

Von den *Zwangsvorstellungen* sind die EINFACH ÜBERWERTHIGEN VORSTELLUNGEN (Wernicke) zu trennen. Ich verstehe unter ÜBERWERTHIGEN Vorstellungen und Vorstellungenverknüpfungen solche,

1. Auch bei Gesunden kommen bekanntlich solche körperliche Selbsttäuschungen hin und wieder vor. Sehr schön beschreibt sie z. B. Bettina v. Arnim von sich. Bei aufmerksamer Selbstbeobachtung treten vorübergehend ähnliche Täuschungen über die Körpergrösse beim Gehen, beim Sitzen am Tisch oder Pult gar nicht selten auf.

deren Energie (assoziatives Moment) im Sinne meines Leitfadens krankhaft gesteigert ist. Wahnvorstellungen sind nur zum Theil und in geringerem Grade überwerthig. Zwangsvorstellungen sind stets überwerthig, die Ueberwerthigkeit ist neben der relativen Krankheitseinsicht ihr wesentlichstes Merkmal; in der Regel ist die Ueberwerthigkeit an eine bestimmte Situation gebunden: nur wenn der Kranke die Weiche sieht, wird die Vorstellung, er werde die Weiche verstellen oder habe sie verstellt, überwerthig. Nun gibt es aber auch überwerthige Vorstellungen beziehungsweise Vorstellungsverknüpfungen, die weder Wahn- noch Zwangsvorstellungen sind. So kann die Erinnerung an ein unangenehmes Erlebniss oder die Vorstellung einer gegenwärtigen Thatsache oder eines bevorstehenden Erlebnisses u. s. w. überwerthig werden, einseitig das Denken, Fühlen und Handeln beherrschen, ohne dass Krankheitseinsicht besteht und ohne dass eine klar ausgesprochene Wahnvorstellung zu Stande kommt. In der Regel beruht die Ueberwerthigkeit der Vorstellung auf der Ueberwerthigkeit ihres Gefühlstons. Solche überwerthige Vorstellungen spielen in der Pubertät eine nicht unerhebliche Rolle. So knüpfte bei einer meiner Patientinnen die überwerthige Vorstellung an einen leichten Bartanflug an der Oberlippe an. Diese Vorstellung konnte sie nicht loswerden. Ueberall drängte sie sich ein. Sie zog sich deshalb von allem Verkehr zurück. Von Krankheitseinsicht war keine Spur vorhanden. Das Affektleben war sonst normal. Zur Bildung ausgesprochener Wahnvorstellungen kam es nicht: sie dachte wohl auch, dass sie deshalb allenthalben auffalle und belacht werde, aber das Wesentliche und Primäre des psychologischen Thatbestandes blieb immer die überwerthige Vorstellung selbst: « Du hast einen Bart » und die dieser Ueberwerthigkeit zu Grunde liegende überwerthige Gefühlsbetonung. Es kann sich aus solchen überwerthigen Vorstellungen weiterhin eine Melancholie entwickeln, das heisst es kann eine kontinuierliche, auch losgelöst von der überwerthigen Vorstellung fortbestehende Depression und Angst sich entwickeln¹. Noch viel seltener ist die einfach-überwerthige Vorstellung die Vorläuferin einer Paranoia.

Unter den *zusammengesetzten Psychosen* sind an erster Stelle die periodischen und cirkulären Formen zu nennen. Meine Statistik ergibt folgende Zahlen:

1. Hierher gehören manche Fälle der sog. Melancholia und Hypochondria cum materia. In mittlerem Lebensalter sah ich diesen Verlauf z. B. bei Müttern nach dem Verlust eines Kindes, ferner im Anschluss an eine syphilitische Infektion, an Carcinom (trotz Operation) u. s. w.

	Männl. Geschl.	Weibl. Geschl.
Periodische Manie.	4	1
Periodische Melancholie.	5	0
Periodische hallucinatorische Paranoia	2	2
Periodische einfache Paranoia.	1	0
Cirkuläres Irresein	5	1

(Manisch-melanch. und melanch.-manische Form).

Nicht eingerechnet sind dabei Fälle, in welchen in ganz unregelmässigen zum Theil sehr langen Zwischenräumen nach der ersten Erkrankung noch eine zweite und eine dritte (in der Regel auf Grund einer schwerwiegenden Gelegenheitsveranlassung) auftrat. Hierzu kommen jedoch noch einige Fälle polymorpher periodischer Psychose, in welchen die einzelnen Krankheitsanfälle periodisch auftraten, aber unter verschiedenen Krankheitsbildern sich darstellten. So folgte zum Beispiel bei einer Patientin auf eine ideenflüchtige hallucinatorische Paranoia in ziemlich regelmässigen Abständen eine Reihe melancholischer Anfälle. — Ausgeschlossen habe ich bei den obigen Zahlen auch die zahlreichen cirkulär verlaufenden Fälle der chronischen hallucinatorischen Paranoia (vereinzelt kommen sie auch bei der Katatonie vor) und die in der Pubertät sich einstellenden circulären Schwankungen der Affekte und der motorischen Gesamtreaktionen debiler Patienten.

Eine besondere Stellung beanspruchen endlich die periodischen menstrualen psychischen Veränderungen, welche in der Pubertät ungemein häufig sind und später sich zum grossen Theil wieder ausgleichen. Ausser der periodischen Manie und periodischen hallucinatorischen Paranoia findet man hier nach Qualität und Intensität sehr variable Affektanomalien, welche den oben beschriebenen nicht menstrualen puberalen Affektschwankungen sehr gleichen, wie diese leicht zu sekundären meist unbestimmten Wahnvorstellungen, seltner Sinnestäuschungen Anlass geben. Praktisch sind sie sehr wichtig, weil sie nicht selten zu Strafhandlungen (Brandstiftung u. s. w.) Anlass geben.

Zu den zusammengesetzten Psychosen ist auch die *Katatonie* zu rechnen. Ich kann selbstverständlich hier auf die Katatoniefrage nicht eingehen und erwähne nur, dass, wenn man sich streng an die Kahlbaum'sche Definition hält und nicht kritiklos auf Grund jeder Stereotypie oder jedes Negativismus Katatonie diagnostiziert, unter meinem Material sich nur 5 Fälle finden.

Anhangsweise gedenke ich unter den funktionellen, ohne Defekt verlaufenden Psychosen noch der IMPULSIVEN ZUSTÄNDE der Pubertät.

Auch bei strengster Ausscheidung aller zweifelhaften Fälle bleiben Fälle übrig, in welchen bei nicht-epileptischen Individuen ohne normale Motive und auch nicht motivirt durch Wahnvorstellungen, Zwangsvorstellungen, Sinnestäuschungen oder Affektstörungen abnorme Handlungen entweder nur *einmal* oder öfter in wiederholten Anfällen auftreten. Amnesie besteht in keiner Weise. Die Vorstellung der Handlung geht der Handlung selbst nicht in für den Kranken unterscheidbarer Weise voraus. Erbliche Belastung ist oft, aber nicht stets nachweisbar. Nicht selten ist eine infantile Hirnkrankheit nachweisbar. Die Intelligenz ist meist intakt. Unter meinem Material finden sich 7 Fälle. Das männliche Geschlecht ist stärker betroffen. Die häufigste impulsive Handlung ist ein motivloses Fortwandern. Einer meiner Patienten beschreibt seinen Zustand dabei folgendermassen : « Es kommt mir in den Kopf. Es ist mechanisches Laufen. Zuerst lauf' ich, wo ich Bescheid weiss, und nachher ist mir's ganz gleichgültig. Unterwegs ist mir alles gleichgültig. Ich gehe möglichst schnell. Ich nehme mir kein Ziel vor, ich gehe nur darauf zu. Ich denke an nichts, höchstens frag' ich einmal nach der Gegend. » Alkoholexcesse kommen in den reinen Fällen nicht vor.

Die zahlreichen in der Pubertät zu Tage tretenden psychischen Störungen der *Hysterie* zu besprechen ist hier nicht am Platz. Nur bei den bald über Stunden bald über mehrere Tage sich erstreckenden Anfälle exaltirten Phantasirens (ohne Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen) möchte ich einen Augenblick verweilen. Sie treten oft ganz unabhängig von hysterischen Krampfanfällen auf. Ausnahmsweise findet man sie auch bei Nicht-Hysterischen. Sie verhalten sich zu der oben erwähnten *Paranoësis phantastica* etwa wie die akute halluzinatorische *Paranoë* zur subakuten. In *einem* meiner Fälle trat der 1. Anfall mit der ersten Menstruation auf. Die spätern Anfälle stellten sich zum Theil auch intermenstrual ein. Das Phantasiren knüpft oft an wirkliche, kurz vorausgegangene Erlebnisse an. So spricht eine Patientin in exaltirten Ausdrücken von einer Verfolgung durch Bienen : am Tag hatte sie solche wirklich gesehen. Wirkliche Sinnesreize werden in den Anfällen psychisch verwerthet; gewöhnliche Musik löst verzücktes Lauschen aus u. s. w. Die umgebenden Personen erscheinen den Kranken oft ungewöhnlich gross. Die motorischen Reaktionen haben durchweg den Charakter gesteigerter Ausdrucksbewegungen. Die Kranken geben oft vollständige Amnesie vor, in manchen Fällen hat sich jedoch die Wahrhaftigkeit dieser Angabe als sehr zweifelhaft erwiesen.

Die DEFECTPSYCHOSEN, mit welchen sich wahrscheinlich die *orga-*

nischen Psychosen decken, sind in der Pubertät namentlich durch die *Dementia epileptica* und die *Dementia hebephrenica* vertreten.

Die *DEMENTIA EPILEPTICA* ist eine sehr häufige, in ihrer Bedeutung, noch oft unterschätzte Pubertätskrankheit. Ich habe nur diejenigen Fälle in mein Material aufgenommen, in welchen der 1. Anfall zwischen dem 14. und 21. Jahr aufgetreten und noch innerhalb dieser Zeit eine epileptische Geistesstörung, meist einfache epileptische Demenz zur Entwicklung gelangt ist. Es handelt sich um nicht weniger als 14 weibliche und 29 männliche Individuen. Schon Gowers, Féré und Anderen war bekannt, dass die Morbiditätskurve der Epilepsie in der Pubertät eines ihres Maxima zeigt. Weniger ist die Thatsache gewürdigt worden, dass erbliche Belastung bei der Pubertäts-epilepsie eine unverhältnissmässig geringe Rolle spielt, dass überhaupt nicht selten kein erhebliches ätiologisches Moment nachweisbar ist. Der Eindruck, dass die Pubertät als solche gerade in solchen Fällen eine grössere Rolle spielt, macht sich bei einer aufmerksamen Analyse der Fälle sehr bestimmt geltend. Auch die bekannten, in den obigen Ziffern nicht mit enthaltenen Fälle, in welchen in den ersten Lebensjahren Krampfanfälle auftreten und dann erst in der Pubertät wiederkehren, rücken dadurch in eine etwas andere Beleuchtung.

Die *DEMENTIA PARALYTICA* der Pubertät ist mir nur durch 2 Fälle bekannt. Ich gehe auf dieselben nicht näher ein, da sie zur Kenntniss der Pubertätsparalyse nichts Neues hinzufügen. Aus demselben Grund übergehe ich auch einen Fall von *Dementia* bei multipler *Sklerose*, einen Fall von *Sinusthrombose*, 2 Fälle von *Hirntumor*, 5 schwere organisch-bedingte *traumatische* Psychosen und 41 *alkoholische* Fälle. Bemerkenswerth ist nur, wie häufig der chronische Alkoholismus in der Pubertät zu anfallsweisen Angstzuständen, anfallsweisen Dämmerzuständen und anfallsweisen Wahnvorstellungen führt; in 2 Fällen sah ich auch bei einem jugendlichen Alkoholisten in Anschluss an einzelnen Excess vorübergehende conträre Sexualempfindungen auftreten.

Viel eingehender ist das Krankheitsgebiet der *DEMENTIA HEBEPHRENICA* s. *PRÆCOX*, der *HEBEPHRENIE* zu besprechen. Die erste Abgrenzung stammt bekanntlich von Kahlbaum und aus dem Jahr 1871¹. Später, im Jahre 1884, fügte er die Heboidophrenie hinzu. Beide fasste er als « hebetische Formen » zusammen. Clouston sprach dann bereits 1888 von einer *premature Dementia* in der Pubertät. Neuer-

1. Das Hecker'sche Bild der Hebephrenie ist etwas enger, als es Kahlbaum, wenigstens, in späteren Jahren beschreibt, wie ich aus vielen Unterhaltungen mit K. weiss.

dings ist die Bezeichnung *Dementia præcox* vielfach verwendet worden. Für die prinzipielle klinische Stellung der hier in Betracht kommenden Fälle ist in erster Linie die Frage entscheidend, ob von *Beginn* der Geisteskrankheit ab primär ein Defekt sich entwickelt oder ob letzterer erst sekundär im weiteren Verlauf der Geisteskrankheit im Sinn der *sekundären Demenz* hinzukommt¹. Meynert hat bereits hervorgehoben, dass in manchem Fall, in welchem man den Uebergang einer funktionellen Psychose in sekundäre Demenz annehme, der Defekt wahrscheinlich von Anfang an bestanden habe und nur erst später klarer hervorgetreten sei. Diese Bemerkung scheint mir unzweifelhaft zuzutreffen. Das Gebiet der sekundären Demenz ist oft überschätzt worden. Andererseits scheint mir der heutige Stand unserer klinischen Kenntnisse nicht — vielleicht « noch nicht » — das Recht zu geben die sekundäre Demenz etwa ganz zu streichen. Wir müssen beschämt gestehen, dass wir zur Zeit in Folge des Zurückbleibens der psychologischen klinischen Untersuchungsmethoden bei vielen Kranken, namentlich erregten und stuporösen, nicht im Stande sind einen beginnenden Intelligenzdefekt sicher zu erkennen. Daher bleibt die oben aufgeworfene prinzipielle Frage vorläufig noch ungelöst. Von der Beantwortung dieser Frage hängt aber auch die Beantwortung der Frage der *Häufigkeit* der *Dementia hebephrenica* ab. Die in der letzteren Frage hervorgetretenen Differenzen der verschiedenen Statistiken erklären sich zum Theil hieraus. Unter meinem Material finde ich — selbst bei weitester Fassung des Begriffes der *Dementia præcox*, also bei Zurechnung aller Fälle von sekundärer Demenz — nur 54 Fälle, wobei ich zugeben will, dass bei weiterer Beobachtung der in den letzten Jahren aufgenommen Fälle diese Zahl noch etwas wachsen würde.

Als die leichtesten Fälle betrachte ich diejenigen, in welchen fast nur die Concentrationsfähigkeit und Arbeitsenergie leidet. Manche dieser Fälle wurden früher unter den grossen Sammelbegriff der *Abulie* gebracht. Solche Kranken bringen einen grossen Theil des Tages im Bett zu, sind über jede Aufforderung zur Arbeit empört, ihre Thätigkeit beschränkt sich, wenn es sich um Gebildete handelt, meist auf ein sehr enges Gebiet, welches keine aktive Concentration erheischt. So kannte ich jugendliche Kranken, welche stundenlang Stadt- und Festungspläne zeichneten oder bequeme historische Bücher immer wieder durchlasen oder Tabellen mechanisch

1. Einzelne Autoren haben die Bezeichnung *Dementia præcox* auch für eine relativ früh, das heisst bald nach Beginn der Krankheit auftretende Demenz gebraucht.

anfertigten. Oft klärt erst der ungünstige weitere Verlauf darüber auf, dass es sich nicht um eine normale Verbummlung oder Aenliches handelt.

Bei einer zweiten Gruppe steht der ethische Defekt im Vordergrund. Hierher gehören die meisten der von Kahlbaum als Heboidophrenie bezeichneten Fälle. Die Gefahr liegt hier, wenn eine genaue Anamnese fehlt, sehr nahe, fälschlich einen angeborenen sogenannten moralischen Schwachsinn anzunehmen. Kahlbaum hebt mit vollem Recht hervor, dass die Vorstellung von recht und unrecht und das Gefühl für recht und unrecht erhalten ist, nur die Anwendung versagt: die ethischen Vorstellungen haben gegenüber den egoistischen ihre assoziative Energie eingebüsst.

Bei einer dritten Gruppe kommt es einfach in der Pubertät zu einem Stillstand der geistigen Entwicklung, welcher sich namentlich in einem totalen Versagen der Auffassung von Neuem äussert.

Eine vierte Gruppe kann als *complicirte Dementia hebephrenica* bezeichnet werden. Zuerst fällt die Zerstretheit, Müdigkeit und Gleichgültigkeit der Kranken auf. Sie bleiben von der Arbeit weg, liegen den grössten Theil des Tags im Bett. Sehr oft ist eine Depression unbestimmten oder hypochondrischen Inhalts unverkennbar. Dann folgt in den typischen Fällen das genugsam von Kahlbaum-Hecker und seinen Nachfolgern beschriebene Erregungsstadium und hierauf die mehr und mehr zu Tage tretende Verblödung.

Hauptvarietäten dieses klassischen Verlaufes sind folgende:

a. Die *Heboid-Paranoesie* Kahlbaum's, welche sich ungefähr mit der *Dementia paranoides* Kræpelin's deckt. Der Intelligenzdefekt verbirgt sich hier unter der Bildung mehr oder weniger zahlreicher Wahnvorstellungen.

b. Eine *katatonische Varietät*, welche durch das Vorwiegen stereotyper Bewegungen und Stellungen charakterisirt ist. Sehr bezeichnend ist in manchen Fällen auch die motorische Perseveration. Die Katatonie (siehe oben) mit der *Dementia hebephrenica s. præcox* zusammenzuwerfen, wie das Bleuler, Aschaffenburg und Andere gethan haben, scheint mir unzulässig, weil die Katatonie auch in späteren Jahren vorkommt und die *Dementia præcox* sehr oft ohne katatonische Symptome verläuft.

c. Eine sehr seltene, aber mir durch zweifellose Fälle bekannte *paraphasische Varietät*, welche durch das zeitweilige Vorkommen paraphasischer Störungen (auch Verschreiben, Verrechnen u. s. w.) charakterisirt ist. Auch totale Akataphasie kommt vor.

d. Die sehr häufige *recidivirende* oder *remittirende Verlaufsform*,

welche nach dem 1. Anfall oft Heilung vertäuscht und so zu schweren diagnostischen Irrthümern Anlass gibt.

Wiederholt ist bereits hervorgehoben worden, dass die *Dementia præcox* sich auch auf dem Boden einer angeborenen Debilität entwickeln kann. Auch ich habe 6 derartige Fälle, welche oben nicht miteingerechnet sind, beobachtet. Im einfachsten Falle bemerkt man in der Pubertät eine auffällige plötzliche Exacerbation des angeborenen oder durch eine infantile Hirnkrankheit erworbenen Defekts, doch kommen auf dem Boden der Debilität auch die verschiedenen Formen der komplizirten *Dementia præcox* vor.

Forensisch ist die *Dementia præcox* namentlich in ihrem 2. Stadium wichtig. Sexuelle Delikte und Gewaltthätigkeiten gegen die Umgebung sind besonders häufig. Auch fahrlässige Brandstiftung kommt vor. Ein Patient der hiesigen Klinik hielt brennende Streichhölzchen unter Teller u. s. w. und gab als Grund nur an : « Alles soll schwarz werden. » Diese Dürftigkeit der Motivirung des Handelns beziehungsweise Verhaltens ist eines der charakteristischsten und auch forensisch wichtigsten Symptome der *Dementia præcox*.

Ich habe in diesem Ueberblick nur die interessanteren Formen besprochen. Es hat sich unzweifelhaft ergeben, dass einzelne Psychosen in der Pubertät besonders häufig, einige sogar fast ausschliesslich vorkommen und dass andere wenigstens oft eine « hebephrene Modifikation » zeigen. Nur im Hinblick auf diese beiden Thatsachen ist es zulässig von Pubertätspsychosen zu sprechen. Ist einmal der hebephrene Charakter einzelner Psychosen, Symptome und Verlaufsmodalitäten festgestellt, so wird es zulässig sein, auch einzelne kurz vor dem 14. oder bald nach dem 20. Lebensjahr auftretende Psychosen auf Grund der gewonnenen Kriterien als Pubertätspsychosen zu bezeichnen. Um ein korrektes Bild des Einflusses der Pubertät zu gewinnen, mussten zunächst für diese Untersuchung die Grenzen enger gesteckt werden. Immer aber ist festzuhalten, dass an sich mit der Bezeichnung Pubertätspsychose überhaupt nichts gesagt ist, dass « Pubertätsirresein » keine zulässige Diagnose ist; die Diagnose selbst ist stets auf eine der oben beschriebenen einzelnen Psychosen zu stellen und nur bei der Prognose des Verlaufes und der Wahl der Therapie ist der puberalen Entstehung Rechnung zu tragen.

RÉSUMÉ DU RAPPORT

de M. le professeur ZIEHEN,

d'Utrecht.

En me basant sur à peu près quatre cents cas de maladies mentales, dont les premiers symptômes remontent à la puberté, c'est-à-dire à l'âge de treize ans, jusqu'à environ vingt et un ans, je suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° La morbidité mentale offre un de ses maxima à l'âge de la puberté. La tare héréditaire détermine pour la puberté une morbidité un peu plus grande. A part la tare héréditaire ce sont surtout l'anémie, le surmenage corporel et intellectuel, les maladies infectieuses aiguës et les excès sexuels, qui jouent un rôle important dans l'étiologie des psychoses de la puberté.

2° Presque toutes les psychoses connues se rencontrent aussi dans la puberté. Une influence spéciale de la puberté se montre seulement en ce que certaines psychoses prévalent beaucoup et en ce que souvent — point du tout toujours — les psychoses subissent certaines modifications spéciales des symptômes et de la marche de la maladie. C'est donc à tort, que quelques auteurs ont parlé d'une psychose de puberté spéciale, qui devrait comprendre la majorité des cas de maladie mentale dans la puberté. La seule psychose de la puberté, qui appartient presque exclusivement à la puberté, la démence hébéphrénique ou hébéphrénie de Kahlbaum, ne fournit qu'un relativement petit nombre de cas au gros des psychoses de la puberté.

3° Les psychoses, qui prévalent dans la puberté, sont, outre l'hébéphrénie, les suivantes : la folie circulaire, la manie, la mélancolie, la paranoïa hallucinatoire aiguë (*amentia* de quelques auteurs) et les folies de base hystérique et épileptique.

4° Les modifications les plus importantes, que la puberté produit, sont les suivantes : une débilité exagérée des troubles affectifs (« dissociation affective »), une discrédance entre ces troubles et les réactions mimiques (« paramimie hébéphrénique »), une certaine incohérence non seulement des idées délirantes mais aussi des pensées normales, d'autre part une tendance à des stéréotypies mimiques, verbales, etc., le caractère illogique, trivial et fantastique des idées délirantes et enfin la tendance ou à un cours circulaire ou à une démence progressive. Toutes ces modifications se rencontrent dans quelques psychoses de la puberté plus souvent que dans d'autres.

5° Le pronostic des psychoses de la puberté est en général, à cause des modifications indiquées plus haut, pire que le pronostic des psychoses postpubiques.

6° Le traitement des psychoses de la puberté ne diffère en général point du traitement des psychoses postpubiques. Seulement un alitement total n'est admissible que pour les cas où il y a une exhaustion prononcée. Une occupation régulière aussi bien corporelle que mentale réglée pour chaque heure du jour est d'une importance spéciale pour la plupart des cas. L'emploi des narcotiques doit être restreint autant que possible. Une grande précaution est nécessaire par rapport au choix des malades adultes, avec lesquels on place les malades de l'âge de la puberté dans la même salle.

LES PSYCHOSES DE LA PUBERTÉ

RAPPORT

par M. le docteur Antonio MARRO,

Docent de psychiatrie.

Médecin en chef du manicomio royal de Turin (Italie).

Y-a-t-il des psychoses de la puberté ?

L'étude des maladies mentales nous fait connaître que dans le premier âge il n'y a presque que des formes d'arrêt de développement et des épilepsies; et l'étude des aliénés enfermés dans les asiles nous apprend que les malheureux atteints de ces maladies, quoique très nombreux dans les familles, peuvent, sauf quelques exceptions non trop fréquentes, y être gardés jusqu'à l'époque du développement; lorsque beaucoup d'entre eux doivent être internés dans les asiles.

Les vraies psychoses, quelques rares cas exceptés, ne se montrent en certain nombre qu'après l'âge de quatorze et quinze ans, pour acquérir leur maximum, d'après mes observations, entre la vingtième et vingt-deuxième année parmi les femmes, et la vingtième et vingt-troisième chez les hommes¹.

Nous pouvons en conséquence conclure que l'époque pubère coïncide en certaine manière avec l'internement fréquent des indi-

1. MARRO. La Pubertà, p. 102, Turin, 1898.

vidus atteints de formes d'arrêt de développement, et avec l'apparition des vraies psychoses, soit chez l'homme, soit chez la femme.

Il reste maintenant à voir quelle relation il peut exister entre les psychoses qui naissent en cette époque et le développement pubère; si c'est une pure coïncidence, ou s'il y a réellement une relation comme entre cause et effet; et dans ce cas si cette relation existe toujours, et de la même manière entre les psychoses de cet âge et le développement pubère, ou s'il y a des différences.

Des éclaircissements sur cette question nous sont fournis soit par l'étude des conditions propres à l'époque pubère, et du retentissement que peut en ressentir le système nerveux; soit par celle des psychoses mêmes qui apparaissent à cette époque, des conditions particulières dans lesquelles elles se manifestent, des formes qu'elles prennent, et des autres particularités qui peuvent les distinguer des psychoses qui naissent dans les âges suivants.

L'étude que nous avons faite du développement pubère chez les deux sexes nous a permis de noter que d'importantes modifications surviennent dans l'organisme en général, et dans les fonctions du système nerveux central en particulier, lorsque les organes de la génération se développent, et que l'activité génératrice s'éveille.

Nous avons observé dans la transformation pubère la succession de trois phases caractérisées par des conditions spéciales.

Dans la première phase, au premier réveil de l'activité génératrice, survient le développement des parties génitales; et les conséquentes ondes d'excitement arrivent au système nerveux, lequel est pour ce motif troublé dans sa tranquillité, acquérant un degré de majeure excitabilité, et la faculté de répondre à des excitements, qui le laissent, auparavant, à peu près indifférent.

Vient ensuite l'accroissement accéléré de l'organisme; le squelette augmente rapidement en longueur et en largeur, les chairs s'épaississent, la soustraction de l'albumine circulante et des sels du sang se produit d'une manière extraordinairement rapide. Les rapports entre les organes génitaux et les centres nerveux se rendent en même temps plus intimes; des sensations d'abord obscures se créent des affections, lesquelles cependant ne peuvent immédiatement s'amalgamer avec le patrimoine idéatif déjà établi. Par conséquent une plus grande morbidité apparaît dans le champ physique. Dans le champ psychique nous avons noté l'incertitude, le désordre idéatif qui accompagne auparavant cette fusion; le tumulte que provoquent les impulsions affectives, avant que la réflexion ait assez de force pour les maîtriser.

Enfin, arrive la période de perfectionnement, pendant laquelle l'organisme physique atteint son complet développement ; le ton et le timbre de la voix se perfectionnent, le développement du squelette et du poil, de la barbe chez l'homme et des seins chez la femme se complète, les caractères sexuels secondaires apparaissent dans toute leur beauté, ainsi que de même se complètent et se perfectionnent les facultés mentales.

Comme signe de la transformation mentale de l'enfance à l'état viril, nous avons observé une plus grande maturité de réflexion, la fermeté du caractère, l'affermissement et le complément de la personnalité psychique, dans laquelle les sentiments affectifs sont venus à en compénétrer, développer et perfectionner l'intelligence.

A ces conditions si importantes sur l'extrinsécation de la vie psychique, nous pourrions ajouter l'influence d'une autre qui n'est pas exclusivement de l'époque que nous étudions, mais en tient son origine pour se continuer ensuite dans les autres ; la modalité de l'exercice de l'activité génitale d'abord latente, et qui alors pour la première fois peut se réveiller en activité morbide, d'autant plus dangereuse par le manque de freins qui la modèrent, et par les effets désastreux sur tout l'organisme non encore résistant, et sur la personnalité en voie de formation.

En appliquant maintenant ces notions à l'interprétation du développement de la folie, nous pouvons nous rendre compte de l'influence multiple de la puberté sur les conditions mentales des jeunes gens, sur les moments étiologiques qui président au développement de la folie, et en même temps avoir l'explication des formes cliniques qu'elle revêt.

Dans les excitations qui, avec le premier développement de la puberté, arrivent au cerveau, nous trouvons une cause d'excitabilité et de vulnérabilité qui, en provoquant des accès d'agitation chez les idiots, épileptiques et fous moraux, oblige à les enfermer dans les asiles, tandis qu'auparavant beaucoup d'entre eux avaient pu demeurer dans leurs familles.

Dans cette condition même, c'est-à-dire dans l'excitation des centres excito-moteurs vasculaires, et le réveil concomitant de nombre d'états affectifs qui auparavant ne venaient pas troubler l'insouciant sérénité de l'enfance, tels que la jalousie, la vanité, l'orgueil, le sentiment d'indépendance, avec le manque de la réflexion, des pouvoirs inhibitoires, et de la résistance physique, il faut reconnaître la cause prédisposante de la première apparition des psychoses qui manquaient ou presque dans les âges précédents.

L'apparition des psychoses à l'époque de la puberté, et les caractères particuliers qu'elles présentent parfois ont jadis presque en même temps attiré l'attention des écoles allemande et anglaise.

A Maudsley¹, peut-être, revient l'honneur d'avoir le premier noté les relations entre le développement de la puberté et les psychoses, dont il admet la plus fréquente manifestation chez la femme, en raison de sa plus rapide évolution et du plus grand réfléchissement des fonctions de la reproduction sur les fonctions cérébrales. Il énonça même les manifestations et les caractères spéciaux de ces formes morbides, telles que leur coloris mixte, religieux et érotique, quelquefois avec des choquantes démonstrations obscènes et le mélange et le contraste entre les sentiments et les idées de la puérité qui est en voie de finir, avec la suffisante importunité et l'arrogante vanité de l'adolescence qui est en train de s'épanouir. Il réduit les diverses formes à la maniaque et à la mélancolique, accompagnées toutes les deux de tendances convulsives, crises de rires et de pleurs hystériques, vraies accès hystéro-épileptiques ou sémicataleptiques avec accès imprévus de violence et superficialité des affections.

Il distingue une folie de la masturbation avec des effets d'autant plus redoutables, que le vice dégénératif est plus profond.

Kahlbaum et Hecker², en Allemagne, notèrent que la puberté donne naissance à une forme particulière de psychose avec des caractères spéciaux et qu'ils nommèrent hébéphrénie. La maladie se développe entre la dix-huitième et la vingt et unième année, lorsque s'approchent de leur achèvement les modifications importantes qui aboutissent à donner à la personnalité des individus leurs caractères spéciaux.

Parmi les premières manifestations de la maladie on remarque la profonde altération du sentiment, avec les caractères de la mélancolie, et les variables altérations de la vie affective, tantôt avec délire de péché, tantôt avec érotisme ou avec délire de persécution.

Dépression mélancolique et excitation maniaque alternent tour à tour sans cependant jamais atteindre ni l'un ni l'autre beaucoup de gravité. Le caractère propre de la jeunesse se manifeste hypertrophique dans le maintien, dans le langage, et dans les écrits particulièrement. Un affaiblissement mental qui s'annonce de bonne heure et le passage final à la démence constituent le caractère fondamental de la maladie qui la distingue de la catatonie et de la vésanie

1. H. MAUDSLEY. *The physiology and pathology of Mind*, 1867.

2. Ewald HECKER. *Die Hebeephrenie*. *Virchow's Archiv*, t. LII, S. 394-429.

typique, lesquelles peuvent également se manifester dans cette époque de la vie.

Dans l'étiologie est notée l'influence des maladies physiques précédentes, des traumatismes de la tête, et de l'onanisme, qui influencent le développement physique et le développement mental spécialement; cependant pas au point d'affaiblir trop évidemment les individus qui peuvent vaquer aux occupations habituelles de la vie à peu près comme leurs compagnons du même âge.

Au caractère de l'incurabilité de l'hébéphrénie Fink¹ vint joindre celui de l'hérédité, en proclamant ces deux caractères indivisibles et complémentaires l'un de l'autre; il déclara que l'hébéphrénie mérite une vraie place distincte parmi les phrénopathies, et qu'il convient de la regarder comme une vraie dégénération psychique, par une disposition malade du cerveau qui ne peut pas atteindre sa maturité normale, avec la relative fonctionnalité, en conséquence de l'hérédité morbide ou de graves maladies cérébrales du premier âge, ou de l'onanisme effréné.

Cette première conception de l'hébéphrénie était généralement acceptée en Allemagne presque sans contradiction. Les divergences d'opinion manifestées à ce sujet furent plutôt sur les caractères que sur l'entité de la maladie. Schüle² et Krafft-Ebing³ en atténuèrent la gravité, soit dans la fréquence, soit dans le pronostic.

Daraskiewicz⁴ étudia les formes plus graves de l'hébéphrénie qui amènent à une profonde démence, sans reconnaître dans les précédents des hébéphréniques une prévalence de manifestations dégénératives graves ou fréquentes.

Kraepelin, dans la dernière édition de sa *Psychiatrie*, reconnaît trois formes de démence précoce: l'hébéphrénique, la catatonique, et la paranoïde. Il trouve une étroite relation entre la démence précoce et la puberté, soit pour la coïncidence de leur développement, soit pour la correspondance entre les manifestations morbides, et les particularités propres à cette âge⁵.

Wille, tout en niant l'existence d'une psychose spéciale de la puberté, arrive à admettre que la puberté est cause de psychoses, et que le processus du développement pubère avec la violente évolution

1. EMANUEL FINK. Beitrag zur Kenntniss der Jugendirresein. *Allgemeine Zeitsch. für Psychiatrie*, 1880, S. 490.

2. SCHÜLE. Traité des maladies mentales.

3. KRAFFT-EBING. Traité clinique et pratique des maladies mentales.

4. DARASKIEWICZ. Ueber Hebefrenie insbesondere deren sicheren form. Dorpat, 1892.

5. KRAEPELIN. *Psychiatrie*. Sechste Auflage. Leipzig, 1899.

de toute la vie psychique, et les changements de cette époque, donne à ces psychoses une empreinte spéciale, la modification hétérophrénique qu'il rencontra dans quelques-unes de ses 155 observations¹.

Presqu'en même temps que Kahlbaum et Hecker en Allemagne, Skae et Clouston étudièrent en Angleterre les psychoses de la puberté.

Seion ces auteurs, les changements propres à cet âge, joints à la prédisposition héréditaire, provoquent le développement de la maladie sous l'influence de causes occasionnelles les plus futiles, et même sans celles-ci. Au contraire de Hecker et en accord avec Maudsley, ils reconnaissent une plus grande facilité aux troubles mentaux chez les eunes filles en rapport aux jeunes hommes. Comme caractères de la folie de la puberté, ils admettent la constance d'une prédisposition héréditaire, une hypertrophie du caractère des jeunes gens à cet âge, de l'habituel sentiment élevé de la propre personnalité révélé par les poses, les actes et les paroles, la nature transitoire des symptômes avec alternances de périodes d'excitation et de dépression.

Le pronostic ne serait pas aussi fatal comme dans les propositions de Hecker et Fink. Avec Maudsley ils admettent que la masturbation servirait à donner un aspect particulier à la forme morbide, avec faiblesse nerveuse, dépression physique et mentale, palpitations de cœur, bourdonnements dans les oreilles, indécision, timidité, peurs imaginaires, névralgies, relâchement musculaire, aversion chez les mâles pour la société féminine, avec incapacité de fixer son regard dans celui des autres, délire de damnation et tendance au suicide; et chez les filles une manifestation hystérique, excitation érotique, tendance à la fuite de la maison².

Clouston distingue deux périodes dans la puberté : une initiale, correspondant au premier développement de la puberté, de peu d'importance pour la production de la folie; l'autre qu'il appelle de l'adolescence, qui embrasse l'époque du complet perfectionnement de l'organisme, avec ses caractères sexuels primaires et secondaires. A cette dernière il attribue une plus grande influence à provoquer les maladies mentales, qui y prennent même une gravité majeure et sont annoncées par des caractères physiques spéciaux³.

Bevan Lewis nota une plus grande précocité dans la folie des adolescents⁴.

1. WILLE. Die Psychosen der Pubertätsalters. Leipzig, 1898.

2. SKAE and CLOUSTON. The morisonian lectures on insanity for 1875. *Journal of Mental Science*, 1875-1874.

3. CLOUSTON. The neurosis of developpement. London, 1891, and *Mental Diseases*, 2^e édition, 1892.

4. BEVAN LEWIS. A text book of mental diseases. London, 1889.

Hammond¹ et Spitzka² reconnaissent la forme nosographique de l'hébéphrénie, et l'influence de la masturbation à en modifier les manifestations.

Ce qui en général distingue les auteurs anglais dans l'étude des psychoses de la puberté, c'est l'importance toute spéciale par eux attribuée à l'onanisme, tant dans leur étiologie, que comme modificateur de leur forme et de leur pronostic.

En France, B. Ball a reconnu le caractère héréditaire de l'hébéphrénie, qui selon ses observations se présente avec plus de fréquence parmi les filles que chez les garçons. Éducation trop sévère ou trop religieuse, excès de travail mental et onanisme en sont selon lui les causes. Il nota la forme changeante, avec alternance de mélancolie et de gaieté, exagération dans les idées religieuses ou politiques, érotisme, périodes de stupeur succédant à l'exaltation. Comme Clouston il appelle l'attention sur les altérations de la santé physique, insomnie, neuralgies, troubles de la nutrition, qui prouvent combien en cette forme est atteint tout l'organisme. Le pronostic grave avec passage précoce à la démence. Cependant la guérison n'en est pas toujours impossible³.

Mairet⁴ admet dans la puberté deux manières d'agir sur l'intelligence. Dans la première, elle produit un arrêt dans le développement intellectuel avec des troubles délirants qui constituent une vraie aliénation mentale.

Dans d'autres, il en dérive un simple pervertissement de l'intelligence qui constitue une phrénose à forme variable, tantôt avec la forme de la stupeur mélancolique, tantôt avec le caractère de la manie à trois formes, choréique, impulsive ou hystérique.

Le pronostic n'est réellement grave que pour les formes de la première classe, avec arrêt de développement, tandis que dans la deuxième à forme mélancolique ou maniaque, il serait beaucoup plus bénin.

Dernièrement Christian⁵ nie le caractère dégénératif héréditaire à l'hébéphrénie, qui selon ses observations se développe plus fréquemment chez des individus qui n'avaient pas présenté auparavant des défauts d'intelligence.

En Italie, Seppilli⁶ trouva les psychoses pubérales en proportion

1. HAMMOND. A treatise on insanity, 1885.

2. SPITZKA. Masturbatie insanity. *Journal of Mental Science*, 1887-1888.

3. B. BALL. De la folie de la puberté. *Encéphale*, p. 1, 1884.

4. MAIRET. Folie de la puberté. *Annales Médico-Psychologiques*, 1888-1889.

5. CHRISTIAN. Contribution à l'hébéphrénie. *Annales Médico-Psychologiques*, 1899.

6. G. SEPPILLI. Delle psicosi della pubertà. Atti del V congresso della Società freniatica Italiana in Siena nel 1886.

de 7 pour 100, et nota que leur fréquence moindre entre la douzième et la quatorzième année croissait avec le progrès de la puberté. Parmi les causes prédisposantes, il attribue une grande importance à l'hérédité maternelle spécialement, comme cause déterminante; ensuite l'excès du travail mental précoce, les fortes émotions, les fatigues physiques, la mauvaise nutrition, et les maladies aiguës graves. Il nota plus fréquemment la forme maniaque que la mélancolique; plus rarement les formes d'épuisement nerveux. Il n'a pas observé de cas d'hébéphrénie de Kahlbaum qu'il considère comme très rare.

Venturi¹ reconnaît deux formes morbides propres à l'époque pubère.

La première, plus précoce dans son apparition, est appelée par lui chorée de l'écorce cérébrale, et il la dérive de la difficile évolution génitale.

La deuxième ou hébéphrénie arrive plus tard entre, la dix-huitième et la vingt-troisième année, et est accompagnée généralement de phénomènes catatoniques. Les difficultés de la vie sociale, plus que la vie sexuelle, en sont selon lui les causes.

Dans notre étude sur la puberté², notre attention s'est portée sur tous les phénomènes physiologiques et pathologiques qui accompagnent cette époque si importante de la vie et l'opportunité que nous avons eu de noter les particularités anormales de toute sorte, nous a permis d'en saisir les diverses nuances, ainsi que les relations qui les liaient.

D'après nos observations, les formes psychopathiques qui apparaissent dans l'époque pubère peuvent se diviser en trois groupes correspondant assez généralement aux trois périodes que nous avons distinguées dans la révélation de la dite époque.

Les psychoses de la première classe ont essentiellement leur fondement dans l'hyperesthésie du système nerveux central, qui apparaît dès la première évolution des organes génitaux, et l'accompagne dans toute sa durée.

Sur ce fond hyperesthésique, des causes futiles, de l'intérieur ou de l'extérieur, peuvent provoquer le développement de vrais états psychopathiques sous forme d'impulsions soudaines à l'incendie ou au suicide; ou des manifestations morbides polymorphes avec excitation ou dépression qui viennent troubler quelquefois non trop profondément l'organisme, et que l'on voit disparaître très souvent avec une promptitude que l'on rencontre bien plus rarement dans les troubles mentaux qui surviennent à un âge plus avancé.

1. VENTURI. *Le degenerazioni sessuali*. Torino, 1892.

2. A. MARRO. *La pubertà*. Torino, 1898 e 1899.

A cette classe appartient le cas rapporté par Rousseau de l'incendiaire Plessy Martine, laquelle avant l'apparition de la première menstruation fut pendant trois jours sujette à un malaise général, ennui insupportable, anxiété, douleurs de ventre et hallucinations acoustiques impératives qui lui ordonnaient de mettre le feu. Le même jour qu'elle y céda apparut la première menstruation¹.

Dans ce même groupe trouvent leur place les observations rapportées par moi dans « La Puberté »², tombées sous mon observation, ou sous celle de Hufeland et de Brown-Séguard.

Ce qui caractérise les maladies de cette classe, c'est leur développement subit par des causes occasionnelles de peu de durée et pas trop graves, telles que fatigue intellectuelle temporaire, excitation des organes génitaux, irritation nerveuse occasionnée par la pénétration d'un corps étranger sous la peau, chute d'un fer à repasser chaud sur un pied, rétention dans les examens de classe. Un de leurs caractères, c'est encore le peu de durée de la maladie, et sa complète résolution.

Les psychoses de cette classe se manifestent préférablement dans les premières années de la révolution pubère chez l'homme. Chez la femme elles se reproduisent quelquefois même dans les âges suivants, à l'époque de la menstruation, et peuvent même prendre une forme presque épidémique. Pallas rapporte que parmi les jeunes filles des Tartares de la Sibérie, il se développe depuis quelque temps à l'époque de la nubilité une espèce de fureur hystérique. Elles entrent soudainement dans une agitation violente, sortent furieuses de la maison, poussent des hurlements épouvantables, font des gestes lascifs, s'arrachent les cheveux, et finissent par s'étrangler ou se suicider autrement si on ne les en empêche pas. Les accès ne durent que quelques heures, mais se répètent chaque mois, et même plus souvent sans périodes fixes³. Pallas vit quelques-unes de ces filles, dans les intervalles des crises, pleines de bon sens et très modestes.

Les psychoses du deuxième groupe sont essentiellement, par leur étiologie, en rapport avec les conditions de la deuxième période du développement pubère; et elles constituent les psychoses qui ont jadis attiré l'attention des écoles allemande et anglaise. C'est à cette catégorie qu'appartiennent les vraies formes hébéphréniques typiques avec la profonde altération de la conscience et des instincts, dans lesquelles on peut reconnaître l'influence de l'ensemble des conditions propres

1. ROUSSEAU. *Annales Médico-Psychologiques*, 1881, p. 184.

2. MARRO. *La puberté*, p. 128, 151.

3. PALLAS. *Voyage en Sibérie*.

à cette époque, et on voit le cachet particulier qui les distingue soit pour les manifestations, soit pour la durée et le pronostic des psychoses des autres périodes de la vie, et même des altérations mentales qui peuvent apparaître dans cette même époque, lorsqu'elles ne sont que de simples troubles accidentels. On comprendra bien cette relation des psychoses à cette période du développement pubère lorsqu'on se rappellera les conditions que nous y avons reconnues et leur influence particulière morbide.

Une première cause prédisposante inhérente à l'organisme se trouve dans le manque inévitable de perfection de structure qui accompagne l'accroissement exagéré de la stature dans cette deuxième période de la puberté.

Vient ensuite l'activité exagérée des organes de la digestion et du cœur pour pourvoir aux demandes croissantes de l'organisme; d'où facilité des troubles dans les fonctions de ces viscères, mauvaise élaboration des matériaux de la digestion, avec éventuelles fermentations morbides et conséquentes auto-intoxications, et troubles de circulation.

Le cerveau même se trouve dans cette époque en des conditions tout à fait particulières par le nombre de sensations nouvelles qui y arrivent des organes génitaux en espèce, par les affections qui en sont éveillées, par les nouvelles représentations idéales et les états d'âme variés qui en naissent et qu'il doit organiser.

A ces conditions naturelles communes à tous les jeunes gens vient se joindre, selon mes observations, dans les psychopathes pubères, l'hérédité morbide par la descendance de parents aliénés, épileptiques, ou affaiblis par un âge trop avancé. L'affaiblissement de l'organisme par des maladies physiques auparavant souffertes par les jeunes gens, parmi lesquelles la fièvre typhoïde occupe le premier rang, ou par l'onanisme effréné.

Comme causes occasionnelles du développement des psychoses, j'ai reconnu la fatigue intellectuelle en espèce, chez des individus mal disposés par éducation ou par hérédité au travail intellectuel, l'abus des boissons alcooliques, la frayeur; et dans quelques cas, la maladie se développe même sans cause occasionnelle saisissable. Parmi les caractères physiques qui préannoncent la disposition aux psychoses de la puberté, nous avons les stigmates dégénératifs du crâne et de la face. Clouston donne beaucoup d'importance à la forme en V de la voûte du palais.

Deux espèces d'anomalies ont été trouvées chez les hébéphréniques : tantôt la voûte se présente extraordinairement élevée spécialement

dans sa partie centrale ; tantôt prévaut l'approchement des bords alvéolaires qui viennent se réunir en angle aigu en avant, sans que la voûte palatine présente beaucoup de profondeur. Cette dernière anomalie est cependant plus fréquente chez les idiots de naissance.

Une importance toute spéciale doit être accordée à la croissance rapide et excessive de la stature, très fréquente chez les hébéphréniques ; elle précède de peu le développement de la psychose, qui survient en général de la seizième à la vingtième année.

Parmi les premiers symptômes de la maladie il faut noter, dans le champ physiologique en général, la perte de l'appétit. Chez tous les sujets qui tombèrent sous mon observation, et chez lesquels je pus remonter dans l'examen anamnestique, au commencement de la maladie l'anorexie figure toujours parmi les premières manifestations du malaise général qui amenait, dans la suite, au développement de la psychose.

Un autre symptôme précoce, mais du côté moral, c'est le caractère sombre, taciturne, solitaire de la plupart des malades avant l'explosion de la maladie, lorsque cet état du caractère ne s'était déjà déclaré depuis l'enfance.

La maladie généralement se manifeste, tantôt avec des symptômes d'agitation, tantôt avec un accroissement des manifestations mélancoliques, avec altérations des affections, parmi lesquelles l'aversion pour les parents est une des premières et des plus générales.

La symptomatologie de la maladie varie beaucoup selon les individus, et dans les diverses périodes de la maladie, et elle intéresse toutes les activités cérébrales.

En voici quelques cas tombés sous mon observation :

V... Jean, cultivateur, 17 ans, taille 1 m. 72, poids 65 kilogrammes ; père épileptique jadis aliéné ; fut admis à l'asile de Turin en juin 1887. Il avait montré un caractère bizarre, était onaniste, et avait souffert beaucoup de céphalalgies. Depuis quelques mois il était devenu violent, menaçait et battait sa mère, priait avec exaltation, s'enfuyait dans les bois où il s'était fait une cabane. Dernièrement il était devenu furieux, cassait les verres, enfonçait les portes, battait tous ceux qu'il trouvait. Lors de l'admission, on lui trouva l'estomac très dilaté. Il est chargé d'amulettes et de médailles religieuses, prie continuellement, tombe ensuite dans la stupeur, et celle-ci alterne avec l'agitation. Il y a délire religieux, l'intelligence est confuse. Il sort amélioré en novembre de la même année, on n'a plus eu de ses nouvelles.

G... Jean, cultivateur, 19 ans, taille 1 m. 67, poids 59 kilogrammes. Pas de tare héréditaire dans la famille, mais a souffert d'hydrocéphalie dans l'enfance. A eu toujours un caractère solitaire et taciturne, quoique docile ; fut sujet à de fréquents catarrhes bronchiques et gastriques. Dès la fin

du printemps il commença à se montrer ennuyé, dégoûté du travail, il fuyait de la maison, couchait çà et là; abandonna ensuite complètement le travail, méprisant les parents lorsqu'ils le grondaient. Survient le délire de persécution, il accuse ses parents de crimes, et veut les anéantir, devient impulsif, jette des pierres, se barricade dans sa chambre. A son entrée dans l'asile, sur la fin de 1895, ses réflexes sont tous très vifs; il est pâle, sans barbe, a de la fièvre et un catarrhe bronchique. Il en guérit en peu de temps. Cependant son état mental ne s'améliore pas. Les hallucinations persistent. Des ennemis entrent pendant la nuit dans son corps, crient dans son estomac. Les nuits sont troublées par des rêves épouvantables. Dans la journée, tantôt il court çà et là sans but, tantôt reste immobile, solitaire, silencieux et confus; il ne sait pas replier la couverture du lit pour se coucher. Amélioré, il ne sait pas s'appliquer avec persévérance à aucun travail, et abandonne une occupation à peine commencée, sans raison aucune. Enfin, son intelligence s'affaiblit, il tombe dans l'apathie, l'affection pulmonaire se réveille, et il meurt phtisique en juillet 1895.

P... Joseph, ouvrier relieur, de Turin, 18 ans, onaniste, fils de parents âgés. Son père est mort d'apoplexie; un frère est anarchiste. A fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 9 ans, et eut à cette époque une fièvre typhoïde grave qui lui laissa les facultés mentales affaiblies. Il fut ensuite sujet à de fortes névralgies dentaires qui lui causaient une agitation très vive, laquelle s'accrut lors de l'arrestation de son frère. Il devint impulsif, avec des tendances au suicide, qui déterminèrent son internement dans l'asile.

A son entrée (décembre 1894), il a 1 m. 64 de stature, pèse 47 kilogrammes; sa tête est plutôt petite, 0 m. 55 de circonférence; il présente l'anomalie de Kelp, oreilles à anses, couleur pâle à la face, et absence de barbe, quoique le poil sexuel soit bien développé. Il montre des symptômes de catarrhe gastrique, langue sale, anorexie, et enfin sitiophobie. Le lavage de l'estomac donne issue à une assez grande quantité de mucus. L'appétit s'améliore et le malade se croit guéri.

Peu de jours après, il retombe dans la stupeur, mouille son lit, ne répond pas aux interrogations, et reste ainsi des semaines entières pour redevenir ensuite agité, bavard, avec des discours enfantins, inconscient, tendances obscènes, onanisme effréné, exhibitionnisme; on note des périodes d'amélioration qui font presque croire à une guérison, mais se succèdent d'autres périodes d'agitation bruyante; tantôt on le croit plongé dans la démence la plus profonde, lorsque tout à coup il tient des discours qui manifestent une mémoire assez bien conservée, et un jugement dont on ne l'aurait plus cru capable. Après six ans de ces alternatives, il tomba enfin dans le marasme et mourut phtisique.

Cinq étudiants de lycée comptent parmi les hébéphréniques tombés sous mon observation. Chez l'un de ceux-ci la maladie fut accompagnée de manifestations choréiques. Celles-ci sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes filles hébéphréniques. Parmi les troubles généraux plus communs, je dois mentionner l'élévation de la température qui survient dans cette période. La céphalalgie occupe aussi une des premières places parmi les symptômes de la maladie. Viennent ensuite les altérations de

la sensibilité générale ou sensorielles, les hallucinations de l'ouïe, de la vue et de la cénesthésie, particulièrement des organes de la génération.

Importants sont les troubles de la motilité, tantôt sous la forme de mouvements choréiques, de gestes étranges, ou actes impulsifs; tantôt avec phénomènes d'inhibition, stupeur, catatonie. Dans les fonctions mentales il y a un travail excessif de la fantaisie : idées grotesques, délire de persécution, sentimentalisme, mysticisme, et propos absurdes. Dans le champ affectif, mutabilité excessif du ton sentimental, tantôt élevé et tantôt déprimé, tantôt confiance excessive en soi-même, tantôt noir désespoir, aversion pour les parents. Dans la vie instinctive, impulsion à l'obsécinité, à l'onanisme et à l'exhibitionnisme.

De nos observations on peut conclure que la psychose hébéphrénique se distingue par les caractères suivants :

1° Alternance des manifestations mélancoliques et maniaques, sans que ni les unes ni les autres acquièrent une grande gravité.

2° L'intermittence des manifestations morbides qui se répète même plusieurs fois dans le même individu et qui fait quelquefois croire presque à une guérison, lorsque sans cause évidente, et même sans prodromes, se produit une nouvelle explosion des manifestations morbides.

3° L'hypertrophie du caractère de la jeunesse qui règne dans les manifestations intellectuelles et morales, exaltation excessive de la fantaisie, mutabilité des idées et des sentiments, dans les allures grotesques, dans les paroles fades, dans les écrits emphatiques et prétentieux, idées hypocondriaques, tantôt pessimisme, presque toujours un fort penchant à l'onanisme effréné.

4° La terminaison assez souvent fatale après peu d'années, sinon pour la vie, du moins pour l'intelligence de l'individu, avec démence qui va du simple affaiblissement du sens moral, du jugement, de la force de caractère, de l'activité entreprenante, jusqu'au désordre mental plus profond qui rend l'individu tout à fait incapable de vivre en société et de pourvoir à son entretien, lors même qu'il lui reste quelques facultés comme assoupies, et qu'il montre à intervalles dans ses discours qu'il a gardé une certaine portion des connaissances acquises avant la maladie, qu'on aurait cru complètement effacées de sa mémoire. Selon mes observations, dans cette classe de psychoses de la puberté, on trouve beaucoup plus de jeunes garçons que de jeunes filles.

La durée de la maladie embrasse presque constamment plusieurs années, même lorsque son issue est heureuse. Dans les examens cadavériques des individus qui en sont morts, on trouve constamment des traces d'inflammation dans les méninges et dans le cerveau, ce qui donne la raison du peu de succès qu'on obtient généralement dans

son traitement. En notant les troubles des voies digestives qui précèdent presque constamment l'explosion de la maladie et les élévations de la température qui les accompagnent, on peut soupçonner avec un certain fondement que beaucoup de fois, sinon toujours, on peut reconnaître dans la maladie les effets d'une auto-intoxication. Un de mes malades guéris me disait que, pendant sa maladie, il avait toujours souffert d'une forte sensation de poids à l'estomac et que ce fut seulement après les lavages qu'il en fut libéré, lorsqu'advint aussi l'amélioration dans les troubles mentaux.

La troisième classe des psychoses de la puberté embrasse les altérations mentales produites par une incomplète évolution pubère. Elles diffèrent selon que sont plus compromises l'idéation ou l'évolution des sentiments ou l'énergie volitive, d'où adviennent les formes morbides qui, tantôt peuvent se grouper avec la paranoïa rudimentaire, tantôt avec la folie morale ou avec l'imbécillité.

En règle générale, on trouve dans ces formes un fondement dégénératif héréditaire auquel viennent se joindre des causes occasionnelles qui surprennent l'organisme lorsque son développement ne s'était pas encore consolidé; telles que maladies physiques, onanisme, précédentes affections psychiques pas trop graves, défauts d'éducation, exagération du sentiment religieux. L'altération, en général, est plutôt superficielle, quoiqu'elle ne s'efface pas complètement, même après bien des années. Des exemples de cette classe ont été par moi notés dans plusieurs observations rapportées dans ma « Puberté ».

Dans ces trois classes de psychoses correspondantes aux trois périodes du développement pubère, on voit reproduites notamment les conditions particulières à chacune des trois périodes.

Le traitement direct des psychoses de la puberté est essentiellement dirigé à combattre les symptômes et les conditions pathologiques qui en constituent la base.

Les psychoses de la première classe se résolvent généralement vite, mais laissent la voie ouverte à des faciles récurrences.

Il y a moins de succès à attendre des soins donnés aux autres formes et spécialement à l'hébéphrénie, quoique plusieurs exemples de guérison soient notés dans mes observations mêmes.

L'isolement, le repos, l'hydrothérapie, la bonne nourriture avec abondance de graisse, les remèdes calmants et au besoin les ferrugineux et même les applications électriques m'ont donné de bons résultats. Les complications méritent des soins tout particuliers.

Dans l'hébéphrénie, le lavage de l'estomac donne des succès dans les complications gastriques; et plus tard, dans les complications

méningées, j'ai obtenu quelques bons effets de mon remède contre la paralysie progressive, les injections d'huile de térébenthine dans les tissus sous-cutanés avec production d'abondantes suppurations.

Mais il faut avouer qu'il faut avoir une plus grande confiance dans la prophylaxie pour prévenir le développement des psychoses que dans le traitement curatif direct contre elles, lorsqu'elles sont développées.

Le travail mental excessif et le mysticisme comptent, comme nous l'avons déjà dit, parmi les causes occasionnelles assez fréquentes de cette classe de maladies mentales, et plus fréquente encore compte la masturbation, manifestation générale elle-même dans ses excès, d'une mauvaise constitution organique; mais à son tour, cause prédisposante et occasionnelle en même temps des altérations mentales, par la faiblesse que causent ses excès et par l'excitation morbide que reçoit le cerveau affaibli.

Contre la fatigue mentale, je m'en rapporte au remède jadis proposé par moi¹ contre les inconvénients nombreux de l'éducation actuelle des jeunes gens qui s'adonnent à la carrière scientifique ou littéraire; la réforme du lycée, consistant à lui donner une adresse tout à fait pratique et expérimentale, de manière que, entre le gymnase et l'université, le jeune homme ait une époque intermédiaire où son intelligence ne soit pas tourmentée par le travail d'acquisition, mais puisse s'affermir dans l'exercice de ses capacités et connaissances, dans les laboratoires et dans les ateliers, pour examiner à fond ses dispositions et avoir le moyen de faire avec jugement le choix de la profession à suivre.

Dans une direction également pratique des sentiments affectifs et religieux, par des associations bienfaisantes, il y a aussi le remède contre le mysticisme, l'exagération du sentiment religieux, dangereux aux jeunes gens du sexe féminin spécialement.

Mais une importance plus générale et plus profonde acquiert la première hygiène sexuelle destinée à empêcher le développement précoce des impulsions sexuelles et les abus auxquels elles amènent, d'autant plus dangereux lorsque, par une constitution dégénérative, les jeunes gens sentent plus vivement les impulsions instinctives et surtout manquent encore des freins inhibitoires à les régler.

Les moyens moraux proposés pour empêcher la masturbation chez les jeunes gens, tels que la représentation des dangers et des maux auxquels ce vice expose, l'appel au sentiment de la dignité person-

1. A. MARRO. La Pubertà, p. 348, 352.

nelle, etc., ont une portée bien limitée pour empêcher la jeunesse de se livrer aux jouissances sexuelles. Les moyens physiques sont certainement plus efficaces, et parmi ceux-ci l'action de la température jouit de la plus grande importance.

Il y a une relation très étroite entre la chaleur et les tendances sexuelles. Dans les climats chauds la puberté est précoce, et vives et fortes sont les impulsions érotiques. A huit ou dix ans, commence la menstruation chez les jeunes filles de l'Asie Mineure, en Arabie, en Égypte et en Abyssinie, ainsi que dans l'Inde où les lois religieuses permettent aux filles de se marier à huit ans. Dans l'Amérique méridionale, les filles indigènes sont à huit ou dix ans toutes mariées¹.

De même que la chaleur naturelle, agit l'artificielle. En Russie, le climat étant très froid, les paysans dorment avec leurs familles sur des étuves exposées à une température très élevée, et tout le peuple, du souverain au dernier paysan, prend son bain à vapeur, très chaud, au moins une ou deux fois la semaine; et on note que les unions parmi les jeunes gens ont lieu à un âge presque aussi tendre que sous le ciel de l'Indoustan. Et il en est de même chez les Samoyèdes, les Kamchadales, les Iakouts et les Esquimaux.

Même chez les individus doués d'une grande activité sexuelle, celle-ci est accompagnée d'une forte dose de calorification interne. Parmi les plus incorrigibles masturbateurs que j'ai eus à l'Asile, l'un d'eux passa tout l'hiver avec une seule et mince couverture en couil sur le lit, un autre s'en allait aussi pendant tout l'hiver la poitrine nue, même dans les plus grands froids, sans pour cela être pris du moindre rhume.

Le froid est au contraire le grand modérateur de l'activité sexuelle.

Dans les climats froids et sur les hautes montagnes, la puberté arrive tard et généralement les mœurs sont plus pures et simples. Plus le corps est exposé au froid, plus tardif se fait le développement des tendances sexuelles.

Parmi les anciens Allemands, même au temps des Romains, quoique ceux-ci eussent importé l'usage des vêtements, les enfants et les garçons en âge mineur allaient nus même en hiver; et nous savons, d'après les relations de César et de Tacite, que tardive était la Vénus chez les jeunes, ainsi qu'il était ignominieux d'avoir connu la femme avant vingt ans; et les filles, qui avec leur nudité scandalisaient les Romains, n'étaient pas elles-mêmes pressées de perdre leur fleur virginale.

Excessivement loués étaient les garçons qui gardaient leur chasteté

1. D'AXARA. Voyage dans l'Amérique méridionale. Paris, 1809.

plus longtemps, parce qu'ils pouvaient atteindre une stature plus élevée et acquérir une force et une vigueur plus grandes. A Sparte, sous les lois de Lycurgue, les filles qui ne devaient pas se marier jusqu'à ce que leur corps fût complètement développé, ne portaient qu'une tunique courte n'arrivant pas aux genoux et ouverte à un des côtés, ce qui provoquait les railleries des Athéniens; et les garçons à quinze ans changeaient la toge avec le court pallium et dormaient sans couvertures sur des nattes.

De ces faits démonstratifs, nous pouvons dériver les moyens convenables pour retarder le développement de la puberté dans ses manifestations sexuelles impulsives, avec un judicieux emploi du froid.

Une exposition continue, générale de la jeunesse au froid, n'est pas conciliable avec nos conditions sociales actuelles et même une longue exposition à une température basse n'est pas sans danger, comme il arrive dans quelques séminaires et couvents, où les dortoirs spécialement sont tenus froids et les couvertures des lits légères pour ne pas éveiller les penchants à la volupté.

Pour bien supporter l'exposition au froid, le corps doit être bien exercé dans ses activités par le travail et par la gymnastique. La vie sédentaire des séminaristes et des religieuses, et le mysticisme qui les domine tendent, au contraire, à empêcher la calorification interne au lieu de la favoriser; aussi, il n'est pas rare de voir en suivre la dépression des fonctions vitales et l'acheminement à la tuberculose et à d'autres maladies infectieuses ou constitutionnelles.

Mais un tel danger ne peut pas résulter des applications locales du froid, telles qu'on peut l'obtenir avec des lavages ou des immersions dans l'eau froide.

J'ai obtenu d'excellents résultats avec des bains de siège froids, journellement répétés, à plusieurs incorrigibles masturbateurs de notre Asile et chez lesquels tous les autres moyens avaient échoué. Le bain de siège était répété quatre fois par jour et durait de une à cinq minutes chaque fois. Dans trois sujets, le succès fut merveilleux. Après la première semaine et chez l'un d'eux, depuis le troisième jour des bains, l'inspection des draps du lit me démontrait que la masturbation nocturne avait cessé, de même que les informations des surveillants m'avaient que, même pendant le jour, les mauvaises pratiques avaient cessé. Chez deux, le vice fut plus tenace et il fallut plusieurs semaines pour réussir à le dominer.

Avec ce moyen ainsi plusieurs fois répété, nous pouvons non seulement vaincre le vice lorsqu'il s'est développé et a déjà fait des

ravages, mais l'empêcher même de se produire en réprimant les impulsions vénériennes précoces.

L'action de ces applications locales froides s'exerce sur une petite portion du corps, sur les organes dont on veut modérer l'activité fonctionnelle, sans en arrêter la croissance et l'influence que leur développement est destiné à exercer sur tout l'organisme; ainsi la santé générale ne pourrait en être aucunement altérée. Au contraire, l'absence d'excitations immodérées du système nerveux central de la part des organes génitaux, doit exercer la plus favorable influence sur le graduel développement de la vigueur tant physique que morale.

Les bienfaits des applications froides contre les impulsions sexuelles étaient déjà connus des anciens. Galien, dans son livre : *De Sanitate tuenda*, rapporte qu'un pédagogue des Athlètes avait appliqué à l'un d'eux des plaques de plomb aux reins : *ut nocturnis veneris imaginibus careret*, et il ajoute, qu'avec ce même remède il lui arriva de guérir de la même incommodité un homme du peuple; et Pline aussi, dans son *Historia Naturalis*, fait mention de la vertu des lames de plomb ainsi appliquées capables *frigidioris natura impetus veneris inhibere*.

L'hygiène commune recommande de laver la région génito-anale pour la propreté, et ce devrait être un conseil de l'hygiène sexuelle de recommander que ce lavage fût froid dans le jeune âge, et répété journellement autant de fois qu'on obéit aux besoins naturels.

D'une telle habitude suivie pendant bien des années chez la femme, j'ai constaté l'absolue immunité de la leucorrhée et la conservation jusqu'à une jeunesse bien mûre, avec la virginité physique, de la virginité des sens.

C'est en conséquence logique, que la jeunesse puisse, avec l'aide des applications froides, obtenir de pouvoir s'appliquer à l'acquisition de la résistance physique avant de satisfaire à l'instinct de la reproduction, avec l'avantage d'une virilité retardée mais puissante et durable.

A ce propos, selon mon opinion, une des premières règles de l'hygiène devrait rendre ainsi familier le lavage matinal du bassin, comme l'est celui des mains et du visage; et dans les pensionnats ou maisons destinées à l'éducation ou à l'entretien pour d'autres propos des jeunes gens, les lieux d'aisance devraient offrir l'opportunité de laver ou de plonger dans l'eau courante les parties sexuelles.

Lorsque les impulsions sont très violentes comme chez les héréditaires, les bains de siège suffisamment répétés et prolongés, permettent de les maîtriser mieux que toutes les exhortations morales et les moyens mécaniques employés contre elles.

LES PSYCHOSES DE LA PUBERTÉ

RAPPORT

par M. le docteur J. VOISIN,

Médecin de la Salpêtrière.

L'évolution pubérale qui apporte dans l'économie un si grand changement, apporte-t-elle aussi en pathologie mentale des modifications dans l'évolution des maladies? En crée-t-elle de toutes pièces, ou bien n'est-elle seulement que la cause de leur apparition? En un mot, y a-t-il des psychoses de la puberté, ou des psychoses à propos de la puberté?

Telle est la question que nous allons étudier dans ce rapport.

Physiologie.

La puberté est cette période qui sépare l'enfance de l'âge adulte et qui est caractérisée par l'apparition des règles chez la jeune fille et la sécrétion du sperme chez le garçon. Elle s'accompagne d'un développement physique et intellectuel considérable.

A quel âge apparaît cette période de puberté et à quel moment cesse-t-elle?

Son apparition est très variable suivant les sexes, les races, les climats et les conditions sociales.

Plus précoce chez les filles que chez les garçons, dans les races latines que dans les races anglo-saxonnes, sous les climats chauds que dans les climats tempérés et dans les classes riches et aisées que dans les classes miséreuses, la puberté apparaît entre 12 ans et 20 ans et quelquefois entre 10 et 22 ans. La limite légale est entre 14 et 22 ans. Mais la terminaison de cette puberté est variable aussi avec les mêmes causes. On a constaté, en effet, l'augmentation de la taille et du pourtour du crâne jusqu'à 22 ans, et il ne faut pas oublier aussi que la croissance peut être complètement terminée à 20 ans.

Quoi qu'il en soit de l'époque de l'apparition de la puberté, l'évolution de cette dernière ne se fait pas en bloc, tout d'un coup. Elle s'effectue par étapes successives qui durent longtemps, plusieurs mois ou plusieurs années.

Généralement cette évolution se fait dans plusieurs années. On peut lui considérer, à l'exemple de Marro, trois périodes.

La *première* ou *période de préparation* est caractérisée par l'apparition des règles ou l'apparition du sperme.

Cette première période apporte chez certains sujets beaucoup de trouble mental. Des sentiments nouveaux se développent dans leur être, et une lutte intérieure surgit. Le corps ne se développe pas généralement à ce moment. Il y a un temps d'arrêt. Il semble, comme dit Marro, que l'économie se recueille et prenne ses dispositions pour pouvoir subvenir à tous les frais de ce nouveau travail.

Dans la *deuxième période*, les mamelles, le bassin se développent. Des poils apparaissent aux aisselles et au pubis. La voix mue chez le garçon, et les organes génitaux prennent aussi du développement.

Chez les jeunes filles les grandes lèvres s'allongent, recouvrent les petites lèvres, se garnissent de poils et de glandes, l'utérus grossit et les ovaires se placent dans le bassin et se couvrent de vésicules de Graff. Chez les garçons les testicules grossissent, le scrotum se couvre de poils et le pénis prend du développement. En même temps que tous ces organes, la stature générale prend aussi du développement. La croissance a lieu de plusieurs centimètres, les muscles grossissent et les fonctions digestives, pulmonaires et circulatoires prennent de l'extension.

Enfin dans la *troisième période*, le perfectionnement a lieu. Les jeunes filles acquièrent les formes gracieuses qui caractérisent leur sexe, et leur intelligence et leurs sentiments sont en rapport avec ce développement général; les garçons prennent tout à fait les allures et les goûts de l'homme.

L'état mental, à ces différentes périodes, subit aussi des modifications, car le cerveau aussi a son évolution pubère. Il augmente de volume et de poids comme le reste du corps. Sa circulation est plus active et les échanges nutritifs sont incessants. La capacité du crâne augmente, comme en fait foi le craniomètre. En même temps l'intelligence se développe; de nouvelles sensations arrivant à l'organe, de nouveaux sentiments apparaissent et de nouvelles aspirations naissent.

Jusqu'ici les deux sexes avaient pu rester ensemble, jouir de la vie commune. Maintenant les sentiments, les goûts, les aptitudes ne sont plus les mêmes.

La jeune fille, dont l'esprit est plus ouvert que celui du garçon et qui est en avance sur lui de 2 ou 3 ans pour l'évolution pubère, devient ou craintive, honteuse, pudibonde, réservée, ou bien taquine, autoritaire et coquette; sa personnalité s'accuse. Le garçon ne se rend pas compte tout d'abord de ses sentiments. Il subit avec ennui la contrainte, la discipline. Ses mouvements deviennent brusques et le sentiment de sa force lui donne l'idée de former des projets d'avenir.

Lui qui jusque-là n'avait pensé qu'à ses jeux quotidiens commence à aspirer à l'indépendance, et rêve du plus tard. Il se moque volontiers de ses petites compagnes d'autrefois et, quand il est en leur présence, il se sent souvent pris d'une timidité insurmontable.

Ces modifications dans le caractère, dans les sentiments et les aspirations sont générales dans les deux sexes; mais elles sont plus ou moins accusées suivant l'époque de l'évolution pubère. Elles revêtent une forme d'euphorisme ou de dépression, suivant que la croissance qui accompagne cet état pubère fatigue plus ou moins le sujet. Quand la nutrition ne suffit pas à ces modifications de l'organisme, quand la chlorose ou la neurasthénie, des troubles gastro-intestinaux ou pulmonaires, des infections ou des traumatismes viennent compliquer cette puberté, le développement intellectuel est plus ou moins arrêté.

Tels sont les sentiments nouveaux et les aspirations nouvelles des jeunes gens au moment de la puberté, par le fait du travail d'évolution pubère.

Des penchants plus ou moins impérieux ainsi que de véritables besoins s'imposent également à cette époque de l'existence; penchants et besoins que la morale et la civilisation réprouvent et qui entraînent des contraintes qui sont plus ou moins bien supportées. Enfin à cette époque de l'existence tous les jeunes gens avec la nouvelle loi scolaire sont forcés de faire des études très approfondies et subissent un entraînement psychique pour passer des examens. Les examens et les concours étant à l'ordre du jour, un surmenage intellectuel existe dans toutes les classes de la société; des jeunes gens qui par le fait de leur naissance, de leur goût, de leurs aptitudes, seraient de bons cultivateurs, sont forcés par leurs parents à quitter leur village et à se livrer à des travaux intellectuels qui les fatiguent énormément.

Ce surmenage intellectuel sera d'autant plus fatigant et désastreux que le travail d'involution pubérale et de croissance sera plus actif et que les conditions hygiéniques seront plus mauvaises.

Le fait de quitter les campagnes, d'abandonner les travaux des champs pour se livrer aux travaux des usines et des ateliers est des plus nuisibles, dit Morel, surtout si les jeunes gens qui quittent ces campagnes n'observent pas les lois de l'hygiène et s'ils ne mettent pas un frein à leurs passions.

L'éducation a souvent été faussée ou nulle et l'instruction a souvent été donnée sans discernement. Des goûts, des aptitudes se développent et des projets d'avenir irréalisables peuvent naître. La passion

peut broder sur le tout et à une ambition qui peut paraître légitime succède une déception d'autant plus grande que le sujet aura une consibilité plus développée.

Nous devons tenir grand compte de tous ces phénomènes physiologiques et de la nature intime du sujet pour l'interprétation des troubles mentaux que nous aurons à décrire.

Historique.

La puberté a été considérée par tous les auteurs comme étant une cause importante de folie.

Pinel¹, dans son traité médico-philosophique à propos des causes capables de déterminer l'aliénation mentale, signale la « sensibilité exquise à certaines époques de la vie telles que la puberté, la menstruation, la grossesse, les couches et l'âge critique ».

Esquirol² dit : « La menstruation qui joue un si grand rôle sur la santé des femmes ne peut être étrangère à la production de l'aliénation mentale; aussi entre-t-elle pour un sixième parmi les causes physiques. Les efforts de la première menstruation déterminent la folie. » Cette observation n'avait pas échappé à Hippocrate. Il avait signalé les visions et les tendances au suicide chez les jeunes filles qui ne sont pas ou qui sont mal réglées.

L'Arabe Ali Abbas, cité par Friedreich³, note que souvent des personnes, au moment de la puberté, sont prises d'une mélancolie religieuse.

« Ce n'est qu'à la puberté, dit encore Esquirol⁴, pendant les efforts de la première menstruation que l'on commence à observer quelques aliénées; mais, après la puberté, on voit beaucoup de folies érotiques, hystériques, religieuses. Dans la jeunesse, la manie et la monomanie éclatent avec toutes leurs variétés et leurs nuances. »

Dans une autre partie de son livre, Esquirol, en parlant de la puberté chez les garçons, s'exprime ainsi : « Beaucoup de garçons se trouvent au moment critique de la maturité dans des dispositions analogues à celles des filles, que l'on ne saurait trop surveiller en raison des suites qu'elles peuvent avoir. »

« A l'époque de la puberté, dit Spurzheim⁵, beaucoup de jeunes

1. PINEL. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, Paris, 1809.

2. ESQUIROL. Des maladies mentales, Paris, 1858, p. 56.

3. FRIEDREICH. Handbuch der allgemeinen Pathologie der psychischer Krankheiten, 1859.

4. ESQUIROL. *Loc. cit.*, p. 16.

5. SPURZHEIM. Observations sur la folie, Paris, 1818, p. 190.

filles d'une constitution délicate, ayant des dispositions précoces et une imagination exaltée, deviennent mélancoliques, inactives, indifférentes aux objets qu'elles cherchaient auparavant. Elles finissent trop souvent par tomber dans une apathie générale ou la démence. »

Marc¹ établit que les différentes formes de troubles mentaux commencent ordinairement à se développer au moment de la maturité sexuelle. Les processus qui accompagnent la puberté, les modifications qui se produisent à cette époque dans l'organisme peuvent fréquemment devenir le point de départ d'une aberration mentale comme la monomanie de l'incendie, du meurtre, du suicide, etc.

Guislain² affirme qu'avant l'âge de la puberté, les cas de phrénopathie sont rares, en défalquant bien entendu les cas d'idiotie et d'imbécillité. En 1856, Le Paulmier³ nous donne un travail sur les psychoses infantiles et l'année suivante, Rousseau⁴ fait paraître sa thèse sur la folie de la puberté. Puis viennent les travaux de Brierrer de Boismont où il nous montre que la manie du suicide est fréquente à l'époque de la puberté et que l'intelligence, les facultés affectives, les penchants sont quelquefois pervertis, exaltés, abolis, dénaturés, aux approches des menstruations (*Annales médico-psychol.*, 1851).

Morel⁵ est étonné du petit nombre de psychoses observées au moment de la jeunesse. Cet âge, dit-il, qui, en raison de l'effervescence des passions, semblerait plus disposé à la folie, trouve un préservatif dans l'espérance qui l'anime et dans les illusions qui lui font entrevoir un avenir meilleur. Mais il signale cependant un certain nombre de suicides à cette époque et décrit la démence prématurée sous le nom de *démence précoce*. Il nous montre qu'elle est un stigmate de dégénérescence survenant surtout chez les enfants d'alcooliques ou d'aliénés.

Jusqu'ici, les auteurs ne parlent de la puberté et de la menstruation que comme cause déterminante d'une folie quelconque; mais en 1865, Kahlbaum⁶, le premier, fait paraître un mémoire sur l'hébéphrénie (c'est-à-dire sur la folie de la puberté). Il lui assigne une symptomatologie propre; puis, peu de temps après, il nous décrit la catato-

1. MARC. De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires, t. I, p. 528, 1840.

2. GUISLAIN. Leçons orales sur les phrénopathies, 1854.

3. LE PAULMIER. Des affections mentales chez les enfants et en particulier de la manie. Thèse de Paris, 1856.

4. ROUSSEAU. De la folie à l'époque de la puberté. Thèse de Paris, 1857.

5. MOREL. Traité des maladies mentales, Paris, 1860.

6. KAHLEBAUM. Die Gruppierung der psych. Krankheiten. Dantzig, 1865.

nie¹. Pour lui, l'hébéphrénie rentre dans le cadre des paraphrénies, c'est-à-dire des psychoses liées à une phase de l'évolution physiologique. Elle est rangée à côté de la démence sénile ou paraphrénie sénile sous le nom de *paraphrenia hebetia*.

Hecker² son élève, en 1871, vint confirmer l'opinion de Kahlbaum et donna un beau tableau clinique de cette affection qui « débute à l'époque de la puberté et se manifeste par des alternatives ou une succession d'accès de manie et de mélancolie et marche rapidement vers la démence ».

Pour lui, le processus clinique est comparable à celui de la paralysie générale progressive et la psychose constitue une entité morbide.

En Angleterre, Skae³, à la même époque, s'occupe de classer les psychoses en groupes naturels et admet la folie de la puberté; mais pour lui, cette folie est conditionnée par les changements se produisant à cette période dans la circulation et le système nerveux. Maudsley⁴, en 1867, admet l'hébéphrénie et appuie sur la teinte spéciale que revêt ce délire.

Cette folie de la puberté, décrite par Kahlbaum et acceptée telle par Hecker, Skae, Maudsley, etc., soulève des controverses. L'opinion actuelle est que, parmi les cas de folie décrits de 12 à 22 ans, tous ne présentent pas la symptomatologie que lui assignent Kahlbaum et Hecker. Il y a des cas de confusion mentale, de manie, de mélancolie, de folies périodiques, etc., qui guérissent très bien, aussitôt que la période critique qui leur a donné naissance est passée.

Aussi, Régis⁵ a-t-il écrit que, malgré l'opinion des auteurs allemands, il considère la folie de la puberté comme peu grave, à moins que la maladie n'ait sa source dans une hérédité très marquée, auquel cas elle n'est que la première étape d'une dégénérescence intellectuelle ou d'une démence incurable.

Donc, il n'y a pas qu'une seule folie de la puberté, il y en a plusieurs et toutes ces psychoses ne peuvent rentrer dans le cadre de l'hébéphrénie décrite par Kahlbaum et Hecker. Le type clinique décrit par ces auteurs est celui des démences de la jeunesse et non celui des psychoses pures.

1. KAHLBAUM. Die Katatonie oder das Spannungsirresein, 1874.

2. HECKER. Die Hebephrenie. *Virchow's Arch. B.* LII, 1871. *Irrenfreund*, 1877.

3. SKAE. Morisonian Lectures. *The journal of mental Science*, 1865 et 1874.

4. MAUDSLEY. Mania pubescent. *The journal of mental Science*, 1867.

5. RÉGIS. L'Encéphale, 1885 et 1885.

De plus, parmi les démences de cette époque, il faut distinguer aussi plusieurs variétés. Kahlbaum¹ et Hecker admettent deux variétés : une démence simple (héboïde) peu grave, atténuée, légère, susceptible de guérison, et une démence grave (hébéphrénie) s'accompagnant de symptômes souvent variés, d'excitation et de dépression et quelquefois de contractures musculaires.

Ces deux variétés de démence sont acceptées par le plus grand nombre des auteurs (Krafft-Ebing, Schüle, Kraepelin²); mais une troisième forme de démence juvénile a été décrite. C'est la paralysie générale progressive, sur la nature intime de laquelle on discute encore, et qui, pour un grand nombre d'auteurs, reconnaît la syphilis héréditaire pour origine.

Enfin, la démence spasmodique des épileptiques adolescents³ a été signalée dans ces derniers temps.

La symptomatologie des psychoses de la puberté est donc très variable. D'un côté des psychoses se rapprochant des psychoses pures, et d'un autre côté des états démentiels.

L'opinion des auteurs sur la nature intime de ces psychoses est encore plus variable.

Tandis que Kahlbaum et Hecker, ainsi que Scholz⁴, de Bonn et Christian⁵, font de l'hébéphrénie une entité morbide, évoluant sur des sujets sains, la plupart des auteurs, Krafft-Ebing⁶, Sterz⁷, Finck⁸, Kowalewsky⁹, Thomas Clouston¹⁰, Down¹¹, Maicline¹², Serbsky¹³, Morel¹⁴, Jules Falret¹⁵, Legrand du Saulle¹⁶, Magnan¹⁷, Joffroy¹⁸, Legrain¹⁹,

1. KAHLBAUM. Ueber Heboidophrénie. *Allg. Zsch. f. Psych.*, Bd XLVI.

2. KRAEPELIN. *Psychiatrie*, Leipzig, 1874.

3. JULES VOISIN. *Annales médico-psych.*, 1899, et *Gazette hebdomadaire*, 1900.

4. SCHOLZ. Ueber Pubertätsschwachsinn. *Allg. Zsch. f. Psych.*, Bd. LIII, 6 Heft.

5. CHRISTIAN. *Annales médico-psych.*, 1899. Démence précoce chez les jeunes gens.

6. VON KRAFFT-EBING. *Traité clinique de psychiatrie*. Traduction par E. Laurent, Paris, 1897.

7. STERZ. Ueber psychische Störungen im Pubertätsalter. Beitrag zur Lehre von der Hebephrenie. *Jahrb. für Psychiatrie*, I, 1879.

8. FINCK. Beitrag zur Kenntnis der Jugendirreseins. *Allgem. Zeitschr. für Psych.*, XXXVII.

9. KOVALEWSKY. *Manuel de psychiatrie*, 1886.

10. TH. CLOUSTON. *Clinical lectures on mental diseases*. London, 1892. *Journal of mental Science*, oct. 1897, et *Edimb. med. Journ.*, 1891.

11. DOWN. J.-L. On some of the mental affections of childhood and youth. London, 1887.

12. MAICLINE, de Moscou. *Psychiatrie*, p. 455, 4^e édition, Leipzig, 1895.

13. SERBSKY, de Moscou. Anal. dans *Centralblatt d'Erlenmeyer*, p. 145, 1891.

14. MOREL. *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860.

15. J. FALRET. *Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1890.

16. LEGRAND DU SAULLE. Discussion à la Société médico-psychologique.

17. MAGNAN. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*.

18. JOFFROY. *Leçons à l'asile Sainte-Anne*, 1896.

19. LEGRAIN. *Dégénérescence et alcoolisme*, 1895.

Saury¹, etc., considèrent cette maladie comme étant l'apanage d'une hérédité chargée ou comme étant secondaire à des psychoses aiguës (Serbsky). Les actes impulsifs, les alternatives de manie et de mélancolie, les retours périodiques, les rémissions brusques sont la caractéristique de l'hérédité chargée, de la dégénérescence. L'évolution pubérale, pour ces auteurs, ne joue qu'un rôle accessoire. L'hérédité est le facteur principal.

Si, d'un autre côté, nous lisons les observations rapportées par ces auteurs, nous voyons qu'indépendamment des symptômes de la démence, le malade éprouve des obsessions, des phobies, ou bien la folie du doute ou du toucher, ou de l'agoraphobie, etc. (Voir observations de Christian.)

Ne sont-ce pas là des stigmates de dégénérescence psychique et que tous les auteurs admettent comme n'existant que chez des héréditaires?

Comme on le voit par ce rapide exposé, les opinions ont beaucoup varié depuis les travaux de Kahlbaum, où on décrit sous le nom de démence des cas à peu près semblables au point de vue symptomatologique, mais très dissemblables au point de vue étiologique.

Ces différences d'opinion ont tenu aussi en grande partie à ce qu'on n'a pas bien délimité l'époque de la puberté.

Ce manque de précision dans la délimitation de la puberté est la cause pour laquelle certaines psychoses sont décrites comme faisant partie du groupe des psychoses de l'enfance, alors qu'elles devraient être comprises parmi celles de la puberté.

Nous pouvons voir inversement des cas de psychoses chez le pubère être considérés comme étant des psychoses de l'enfance ou de l'âge adulte.

Pour que ces erreurs ne se reproduisent pas, il faut admettre comme limite extrême de la puberté dans les deux sexes 14 ans et 22 ans, comme le veut Wille².

N'oublions pas les variations d'apparition et de durée de cette période que nous avons signalées tout à l'heure. Aussi, devons-nous tenir compte de tous ces faits dans nos observations.

Nous devons aussi tenir grand compte des périodes établies par Marro³ dans cette évolution pubère, et nous rappeler que la puberté s'établit par étapes et non d'emblée.

Tel individu a toutes les apparences de la puberté et sa croissance

1. SAURY. Étude clinique sur la folie héréd. (Les dégénérés), Paris, 1886.

2. WILLE. Psychosen der Pubertätsalters, Leipzig-Wien, 1898.

3. MARRO. A la pubertà suoi rapporti coll' Anthropol., Fisiol., Psich., Pedagogie. *Annal. di Fren.*, vol. V.

est à peine ébauchée. Tel autre a une croissance complète et les premiers signes de la puberté se dénotent à peine.

Ces faits sont très fréquents et cette variabilité dans la manifestation de la puberté et de la croissance est en grande partie cause de la variété des opinions émises par les auteurs.

Pour les uns, la maladie est due à l'excitation réflexe du cerveau, par les organes génitaux (Marro); pour les autres, à la présence du suc séminal (Cabanis¹) ou à l'épuisement du système nerveux par excès de fatigue (O. Binswanger²), ou encore au surmenage (Christian³), ou à un traumatisme de la tête, ou à une maladie infectieuse (Serbsky, Daraszkievicz⁴, Fournier⁵, etc.).

Cette variabilité dans la manifestation de la puberté et de la croissance est cause aussi de la variabilité des symptômes que l'on constate chez les différents sujets. Aussi, nous ne pouvons admettre avec Wille que le complexus symptomatique des maladies mentales de l'âge de puberté justifie l'édification d'une psychose de puberté spécifique.

La puberté est une cause de psychose, mais non d'une psychose déterminée. Il n'y a pas de folie de puberté comme forme morbide. Mais le processus de développement pubère avec violent bouleversement de toute la vie psychique communique à ces psychoses une empreinte particulière, un caractère spécifique, une couleur locale : la modification dite hétéphrénique; mais cette modification dite hétéphrénique ne se rencontre pas dans tous les cas. Elle n'atteint qu'un certain nombre de sujets et elle est surtout manifeste chez les sujets à tare héréditaire chargée et chez les démentiels.

Étiologie.

Les auteurs, avons-nous vu, ne sont pas d'accord sur la nature intime de l'affection; les uns n'ont voulu voir sous le nom d'hétéphrénie que la folie occasionnée par l'évolution pubérale seule; les autres ont considéré comme hétéphréniques toutes les psychoses qui arrivent entre 12 et 22 ans. Enfin les autres, et je suis de cet avis,

1. CABANIS. Rapports du physique et du moral de l'homme, édit. Cerise, I, p. 282.

2. O. BINSWANGER. Erschöpfungpsychosen. *Berlin Klin. Wochenschrift*, juin 1897.

3. CHRISTIAN. *Loc. cit.*

4. DARASZKIEWICZ. Ueber Hétéphrénie insbes. deren schwere Formen. *Inaug-Diss.* Dorpat, 1892.

5. FOURNIER ALFRED. Syphilis. Leçons cliniques à l'hôpital Saint-Louis, et EDMOND FOURNIER. Thèse 1898, Paris.

ne considèrent comme étant hétérophréniques que les psychoses démentielles.

Si l'instauration menstruelle ou la maturité sexuelle chez le garçon arrivent quand le sujet est fort et vigoureux, aucune difficulté, aucune douleur et aucune préoccupation ne se produisent. Mais si le sujet est malingre, s'il a présenté dans son enfance des anomalies intellectuelles ou des bizarreries du caractère ou s'il a une hérédité chargée, on verra au contraire un véritable état maladif et des psychoses se développer. Ces psychoses seront variables suivant les idées et les connaissances acquises du sujet et suivant les causes qui les ont produites.

Il n'y a donc pas une seule modalité de folie pubérale, mais plusieurs modalités de psychoses de puberté.

C'est ce que font ressortir Emminghaus, Guislain, Griesinger, Maudsley, Krafft-Ebing, Régis, Wille, etc., et la plupart de ces variétés guérissent. Mais nous devons reconnaître qu'il y a, à l'époque de la puberté, une variété de folie qui est incurable et se termine toujours par la démence.

Est-ce la puberté seule qui est cause de ces psychoses diverses, ou bien devons-nous faire intervenir d'autres causes ?

Si c'était la puberté seule, nous verrions, à cette époque de l'existence, beaucoup plus d'hétérophréniques que nous n'en voyons. Il faut donc admettre une prédisposition particulière et cette prédisposition est l'hérédité : c'est elle qui joue le principal rôle.

Mais l'hérédité ici, au lieu de donner son empreinte dans le jeune âge, n'imprime son cachet qu'à l'époque de l'adolescence.

« La folie, dit Ball, ¹ est, chez beaucoup de ses tributaires, une maladie d'évolution, c'est-à-dire que le germe caché se manifeste de préférence à une époque déterminée de la vie de l'individu » et, pour lui, la période d'évolution (c'est-à-dire de 15 à 50 ans) est très propice pour cette manifestation.

N'oublions pas aussi que l'hérédité peut être anticipée, qu'un certain nombre d'enfants présentent de la folie avant leurs parents. Je possède deux observations de parents devenant malades après la maladie mentale de leur fils.

Si nous consultons, en effet, les relevés des mémoires parus sur cette affection, nous voyons que les deux tiers au moins des malades ont une hérédité mentale ou nerveuse. M. Christian, dans son remarquable ouvrage, accuse à peu près la moitié du nombre total de ses observa-

1. BALL. *Loc. cit.*, p. 580.

tions (45 pour 100). « Mais ce chiffre, dit-il, est certainement au-dessous de la réalité, il serait plus élevé si j'avais pu, plus souvent, obtenir des renseignements complets. »

Mairet¹ accuse 5 cas sur 8.

Wille, 16 sur 21 cas de mélancolie et 12 sur 29 cas de manie.

La prédisposition héréditaire ne se manifeste pas seulement chez les enfants quand les parents ont un état permanent constitutionnel, mais encore quand ceux-ci présentent, au moment de la procréation de l'enfant ou dans le cours de la grossesse, des états de souffrance ou de maladie particuliers ou des états d'empoisonnement comme l'ivresse.

A côté de cette prédisposition héréditaire, nous devons placer la *prédisposition acquise* et tout d'abord les maladies graves dans l'enfance qui mettent le sujet dans un état d'infériorité cérébrale : la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la scarlatine, la rougeole, la variole et toutes les maladies infectieuses. Toute maladie aiguë ou chronique, anémie, maladies des voies respiratoires, troubles digestifs, constipation opiniâtre même², etc., peut créer de toutes pièces des troubles mentaux ou les entretenir, mais seulement chez des sujets prédisposés.

Les chocs, les traumatismes sur la tête sont aussi des causes prédisposantes, en même temps qu'ils sont des causes occasionnelles.

Le choc moral (chagrin, amour contrarié) est, dans bon nombre d'observations, le point de départ de la maladie ; il devient surtout cause occasionnelle par effet indirect, en préoccupant le malade, en l'empêchant de dormir, ou troublant ses digestions et amenant, par ce fait, un épuisement de l'économie.

L'onanisme, les plaisirs vénériens ou plutôt leurs excès, les veilles prolongées, les insomnies ont été signalés.

Une croissance exagérée chez un jeune homme astreint à un travail prolongé, intellectuel ou physique, souvent au-dessus de ses forces, conduit au même résultat. Surtout si cette croissance ne se fait pas dans les conditions physiologiques, c'est-à-dire si l'alimentation n'est pas convenablement appropriée, comme quantité et comme qualité, à l'effort demandé à l'intelligence, au corps du sujet en pleine croissance. C'est surtout M. le professeur Bouchard³ qui a insisté sur ces

1. MAIRET. Folie de la puberté. *Annales médico-psych.*, 1888-1889.

2. FOYAT. De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Étude pathologique mentale et nerveuse. Thèse de Lyon, 1896.

3. BOUCHARD. Maladies par ralentissement de la nutrition. 2^e édition, Paris, 1885, p. 56.

faits généraux de ralentissement de la nutrition. L'importance des bonnes ou des mauvaises conditions hygiéniques de l'endroit, atelier ou collège, où travaille le sujet est aussi très grande.

Binswanger¹ signale aussi comme causes des psychoses par épuisement, les troubles de la nutrition et la croissance rapide des malades. Les observations qu'il nous donne sont relatives à des apprentis, boulangers, serruriers, maçons, garçons de ferme, servantes, etc., ne dormant pas suffisamment, ayant une nourriture défectueuse, tout en faisant un travail au-dessus de leurs forces. C'est encore ici un trouble de nutrition qui intervient. L'état toxique du sang dans ces cas, comme Charrin et Roger² l'ont démontré, à la suite d'un travail forcé, doit jouer le principal rôle. Aussi pouvons-nous dire que ces psychoses par épuisement rentrent dans le cadre des psychoses par auto-intoxication.

Ces causes de dénutrition, jointes à notre vice d'organisation, d'éducation et d'instruction (le surmenage intellectuel), sont pour M. Christian les facteurs principaux de la démence juvénile. C'est pour cette raison, dit-il, que le nombre des jeunes filles atteintes d'hébéphrénie va toujours en augmentant. Elles suivent maintenant les mêmes études que les garçons, elles passent des examens en grand nombre, se lancent dans la voie des concours et veulent avoir le droit de faire tout ce que fait l'homme. Les statistiques de Christian, de Marro, donnent un plus grand nombre de garçons que de filles, celles de Wille accusent un plus grand nombre de filles (50 filles et 26 garçons). Moi-même, j'ai vu un plus grand nombre de filles.

L'évolution pubérale par elle-même ne saurait être cause de maladie. Cependant je ferai observer que pendant les époques menstruelles, il y a déjà ralentissement passager de la nutrition, avec perversion quelquefois assez accusée des échanges; on comprend que cette nouvelle cause de trouble nutritif, venant s'ajouter à ceux déjà existants, peut augmenter l'éclosion des maladies en général et des maladies mentales en particulier.

Marro pense, au contraire, que l'involution pubérale seule est cause des psychoses; l'excitation réflexe que produisent sur le cerveau les organes génitaux détermine ces troubles mentaux. Il se fait à cette époque une augmentation de la nutrition, et un rappel des facultés affectives qui prennent une importance et une force qu'elles étaient loin d'avoir tout d'abord. Si ces facultés affectives et si cette augmen-

1. BINSWANGER, d'Iéna. Erschöpfungspsychosen. *Berlin Klin. Wochenschrift*, 1897.

2. CHARRIN et ROGER. Expériences de laboratoire de M. Bouchard et *Archives de physiologie*, 1890.

tation de la nutrition nécessaire à l'économie viennent à être troublées, la maladie se déclare. L'hérédité innée et acquise, les fièvres infectieuses, les intoxications alcooliques du sujet ou l'hérédité alcoolique sont de la plus haute importance, mais ne sont pour Marro que des causes adjuvantes des causes physiologiques décrites plus haut. L'âge des conjoints joue un grand rôle dans la descendance. Les parents trop jeunes ou trop vieux, dit-il, engendrent des enfants prédisposés à la folie, à l'imbécillité ou au crime.

Mais l'auteur fait une différence entre la folie pubérale et la folie de l'adolescence : il fait remarquer que la folie pubérale (c'est-à-dire amenée par l'instauration pubérale ou développement des organes sexuels et de la fonction de reproduction) est peu grave, tandis que la folie se développant dans les dernières périodes de l'adolescence (c'est-à-dire de la croissance) est très grave.

Ceci prouve, contrairement à l'auteur, qu'il faut faire intervenir une autre cause que l'évolution pubérale comme cause déterminante de la folie chez les jeunes gens, et cette cause est constituée par toutes les causes débilitantes que nous avons énumérées plus haut.

Les psychoses graves se terminant par la démence apparaissent presque toujours chez des sujets dépassant 20 ans. Christian sur 104 malades présente la statistique suivante :

Avant 20 ans	56 cas,
dont 12 seulement vers 15 ou 16 ans;	
Après 20 ans	48 cas.

Wille a trouvé à peu près la même proportion et, avec Krafft-Ebing, il pense que les cas graves sont ceux qui ont débuté par de la mélancolie ou de la manie.

Les cas où la maladie s'est développée avant 16 ans peuvent généralement être guéris.

Marro arrive par ses statistiques au même résultat, et pour lui la masturbation et le travail intellectuel excessif chez les jeunes gens âgés de plus de 20 ans entraînent la démence.

C'est surtout à propos de ces psychoses démentielles que l'on a discuté sur les causes héréditaires.

Pour Morel, cette démence survenant chez les jeunes gens est un signe de dégénérescence. C'est chez les enfants d'alcooliques et d'aliénés, dit-il, que l'on observe cet arrêt prématuré des facultés, qui n'est que le dernier terme d'une évolution fœtale dont l'adolescent avait apporté le germe en naissant. Cette doctrine a été développée par

Jules Falret¹, Magnan² et ses élèves, Legrand du Saulle³, Ball⁴ et Joffroy⁵. M. le professeur Fournier⁶, dans ces derniers temps, reprit cette question de la démence précoce et de la paralysie générale juvénile et met cette dégénérescence sur le compte de la syphilis héréditaire.

Donc il faut admettre pour la genèse de la folie chez les jeunes gens comme chez les adultes une association de causes multiples.

D'abord la prédisposition héréditaire. Tous les jeunes gens en effet ne deviennent pas aliénés, il y faut la vocation, et cette vocation n'est autre que cette aptitude spéciale du cerveau (transmise par l'hérédité) à délirer, à manifester, sous l'influence des moindres causes, les troubles nerveux les plus variés.

L'enfant naît en état de virtualité délirante, comme le dit Renaudin⁷; son cerveau résiste dans la première enfance; mais vient un choc moral, ou l'une des causes débilitantes que nous avons énumérées, il succombe entraîné par la folie.

Classification.

La conception d'une seule forme morbide propre au développement pubère est, avons-nous vu, impossible. Nous ne pouvons englober dans une formule unique, comme Kahlbaum a tenté de le faire sous le nom d'hébéphrénie, tous les désordres psychiques liés à la puberté.

Les uns, en effet, guérissent complètement (psychoses pures), les autres se terminent par un affaiblissement intellectuel complet ou incomplet (états régressifs), d'autres font partie d'un ensemble qui constitue la folie héréditaire (dégénérescence psychique). Nous voyons des associations de psychoses et de névroses (neuro-psychoses), enfin certains troubles mentaux sont dus à des troubles toxiques (délires toxiques).

Aussi admettons-nous cette classification qui se rapproche beaucoup de celles de Manheimer⁸ et du Dr Wille⁹. Nous ferons remarquer cependant que les psychoses pures sont très rares. En effet, vu la non maturité intellectuelle du malade, vu aussi l'hérédité dont il est chargé

1. JULES FALRET. Annales médico-psych., 1867, et Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, Paris, 1890.

2. MAGNAN. Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1895.

3. LEGRAND DU SAULLE. Folie héréditaire, Paris, 1875.

4. BALL. Leçons sur les maladies mentales, 1885.

5. JOFFROY. Leçons cliniques à l'asile Sainte-Anne, 1896.

6. FOURNIER. Leçons sur la syphilis.

7. RENAUDIN. Études médico-psychologiques sur l'aliénation mentale, 1854.

8. MANHEIMER. Les troubles mentaux de l'enfance, Paris, 1899.

9. WILLE. *Loc. cit.*

le plus souvent, ces psychoses présentent des tableaux atypiques, des formes mixtes, mais que nous devons classer parmi les psychoses typiques qui s'en rapprochent le plus.

Classification.

I. Psychoses pures de la puberté :

Mélancolie	{	Mélancolie simple passive.
		Mélancolie avec excitation active.
		Mélancolie avec stupeur. Catatonie.
Manie	{	Manie simple, forme typique rare dans l'adolescence.
		Manie irritable.
		Manie choréique simple et hallucinations.
		Forme catatonique.
		Confusion mentale.
		Folie hallucinatoire.

II. États régressifs :

Démence de la puberté. Hébéphrénie.	{	Démence précoce simple.
Démence de la paralysie générale.		Démence aiguë. Stupeur aiguë.
Démence épileptique spasmodique (voir <i>Épilepsie</i>).		

III. Dégénérescence mentale :

Anomalies psychiques.	
Phobies. Obsessions. Folie du doute et du toucher.	
Kléptomanie, pyromanie, dipsomanie.	
Impulsions, suicide et homicide.	
Aberrations sexuelles.	
Folie morale. Folie raisonnante.	
Délire des dégénérés ; délire polymorphe,	
Paranoïa.	{
Folie périodique.	

IV. Psychoses combinées. Neuro-psychoses :

Neurasthénie.		
Hypocondrie.		
Hystérie.		
Chorée.		
Épilepsie	{	psychose aiguë.
		psychose chronique ; démence spasmodique.

V. Psychoses par intoxications :

Infections, auto-intoxications.	
Intoxications alcooliques.	

I. PSYCHOSES PURES

Mélancolie.

Nous diviserons ce chapitre, comme pour la mélancolie chez l'adulte, en trois paragraphes :

1° La *mélancolie simple*, ou mélancolie passive, qui n'est autre qu'une forme atténuée de la maladie et qui semble s'arrêter à sa première période.

2° La *mélancolie avec excitation*, ou mélancolie active. Sous l'influence du délire, se développe une agitation extrême accompagnée de panophobies et d'impulsions irrésistibles (Raptus mélancolique).

3° La *mélancolie avec stupeur*, où la douleur morale acquiert une telle intensité qu'il se produit une sorte d'inhibition de la conscience et de l'activité volontaire. Cette forme rentre dans le cadre de la catatonie de Kahlbaum.

Étiologie. — D'après Régis¹ et Berkhan², la folie de la puberté paraît se présenter plutôt sous forme dépressive que sous forme maniaque, et les jeunes filles sont plus souvent atteintes que les garçons. Levinstein³ pense aussi que la mélancolie est plus fréquente que la manie dans l'adolescence : elle atteint surtout le sexe féminin. Dans l'âge mûr, les deux sexes s'égalent; dans la vieillesse, le sexe féminin l'emporte encore.

Esquirol, au contraire, dit que la mélancolie est plutôt l'apanage de l'âge mûr. Marro pense que les hommes sont plus enclins à la mélancolie, et les femmes à la manie.

Clouston, Blandfort⁴, Rousseau, Cullerre⁵, Guislain⁶ considèrent la mélancolie comme étant plus rare que la manie à l'époque de la puberté.

Clouston donne la proportion de 22 pour 100 pour la mélancolie et de 78 pour 100 pour la manie.

Blandfort, sur 57 psychoses de la puberté, trouve seulement 8 cas de mélancolie.

Wille dans son mémoire rapporte 21 cas de mélancolie, tandis qu'il

1. RÉGIS. Manuel pratique de médecine mentale, Paris, 1885; — l'Encéphale, 1885 et 1885.

2. BERKHAN. Irresein bei Kinder. Vortrag im *Correspbl. der deutsch. Gesellsch. für Psych. und ger. Psych.*, 1862.

3. LEVINSTEIN. Ueber die freie Behandlung der Irren, 1868. *Berl. Klin. Wochenschr.*

4. BLANDFORT. Insanity and its treatment; lectures on the treatment medical and legal of insane patients. Édimbourg. Oliver a Boyd; London simplein [and others] 1892, 12°. 4^e édit., VIII.

5. CULLERRE. Traité pratique des maladies mentales, Paris, 1890.

6. GUISLAIN. *Loc. cit.*

a 29 cas de manie. Sur ces 21 cas de mélancolie, il y a 15 cas féminins et 6 cas masculins et 10 fois sur ces 21 cas, il y a hérédité.

1^o *Mélancolie simple (m. passive).*

La maladie est précédée d'un stade prodromique de quelques semaines ou d'un mois; elle est caractérisée par un arrêt intellectuel dans la pensée et dans l'action. Les malades perdent le goût du travail, se sentent opprésés; d'autres se plaignent de sensations psychiques douloureuses; quelques-uns ont de l'angoisse et du désespoir.

Avec cela, on note des troubles du sommeil, de la tendance à la constipation, des douleurs de tête, des troubles vaso-moteurs; l'appétit disparaît. Chez l'adolescent, contrairement à ce que l'on rencontre chez l'adulte, il y a peu d'idées de culpabilité, de ruine, de perdition, mais prédominance de toutes sortes de mauvaises pensées et d'idées absurdes aboutissant à l'obsession.

Les malades pleurent sans raison, éprouvent de l'angoisse par moment; ils ont des préoccupations religieuses le plus souvent.

Leur attitude reflète la tristesse, la douleur et l'angoisse, mais tout cela paraît superficiel, car tout d'un coup nous les voyons se mettre à rire et avoir des saillies joyeuses au milieu des plus grandes lamentations.

Les malades, comme dit Kahlbaum, semblent parader, minauder avec leur état d'âme.

L'affection pour les parents, les frères et sœurs disparaît; et en même temps une sensibilité exagérée, une irritabilité excessive apparaît qui pousse les malades à des actes impulsifs contre autrui ou contre eux-mêmes.

Emminghaus¹ fait rentrer dans cette mélancolie passive la nostalgie qui revêt tantôt la forme d'une simple disposition triste avec obsession, tantôt la forme d'une tristesse avec angoisse. Le malade aspire vers la terre natale, il a horreur des gens qui l'entourent, il les craint ou simplement appréhende de leur parler. Bientôt il ne dort plus, il perd l'appétit et éprouve des impulsions au meurtre ou à l'incendie. Les femmes le plus souvent ont des troubles menstruels.

Indépendamment de ces phénomènes on constate, comme chez tous les mélancoliques, le pouls petit, lent, la température au-dessous de la moyenne; l'appétit diminue et le sommeil est très léger. Les malades restent assis sur leur chaise, affaîsés, ne pensant le plus souvent à

1. EMMINGHAUS. Die Psychischenstörungen im Kindesalter. Tübingen, 1887.

rien. Leurs extrémités sont froides, souvent bleuâtres. La peau est sèche et les sécrétions sont diminuées.

Cet état dure quelques semaines ou quelques mois et la guérison arrive graduellement. Le passage à la mélancolie avec excitation ou avec stupeur est rare. Quand cet état grave se développe, c'est dans les premiers jours de la maladie.

2° *Mélancolie avec excitation.*

Nous trouvons ici de l'agitation et de l'excitation dès le début de la maladie. L'angoisse et le désespoir peuvent être portés à leur paroxysme. Le malade se lamente et gémit sans cesse; mais en le voyant, on ne peut quelquefois se défendre de l'idée que tout est simulé. En effet les malades manifestent leur disposition pessimiste par des locutions pompeuses, extravagantes, par des écrits d'un genre poncif qui expriment souvent des idées sans suite. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

Les plus violents éclats de douleur peuvent être suivis immédiatement d'un rire niais. Leurs auto-accusations ont quelque chose de bizarre et changent fréquemment.

Ils disent qu'ils sont grands coupables, qu'ils méritent la mort, qu'ils doivent mourir de faim et aussitôt, quand ils ont un mets à leur disposition, ils le dévorent.

Chez quelques-uns l'agitation prend des proportions très grandes et se présente sous forme de paroxysmes accompagnés de cris de terreur, d'hallucinations terrifiantes et d'impulsions irrésistibles (suicide, homicide, auto-mutilations); mais nous ne voyons pas, comme chez l'adulte, une véritable fureur maniaque (mélancolie maniaque).

5° *Mélancolie avec stupeur. — Catatonie.*

Après un stade prodromal dans lequel il y a de l'anémie, des troubles menstruels, de la céphalalgie, des modifications du caractère se produisent et la maladie éclate le plus souvent pour une cause occasionnelle de peu d'importance. Le malade montre une excitation anxieuse avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, des sensations anormales et une insomnie complète. Un délire religieux peut se montrer avec hallucinations visuelles et attitude extatique ou attitude angoissante, si l'idée de l'enfer ou du diable se présente à l'esprit du malade.

Généralement, après deux ou trois semaines de ce stade prodromal, la stupeur se produit. Les malades restent debout ou assis sans mou-

vement, dans une attitude penchée, avec un regard fixe qui donne à la physionomie l'aspect d'un masque immobile, que parfois cependant un rire subit peut éclairer. — Si on veut faire marcher le malade, il ne bouge pas. Si on lui lève le bras, il reste dans la position qu'on lui donne. Il y a une résistance plus ou moins grande. Tantôt il y a légère résistance, celle de la cire molle (*flexibilita cerea*), tantôt il y a une résistance très grande. On ne peut lever le bras, le plier. Quand le malade est assis dans ce dernier cas, les jambes sont quelquefois suspendues au-dessus du sol. (Voir *Archives Neurologie*, Jules Voisin.)

Le pouls est lent, petit, la température basse. La peau est sèche et les extrémités des doigts sont froides et généralement bleuâtres. La salive souvent s'échappe de la bouche. Le malade ne fait aucun effort pour la retenir. Il en est de même pour les excréments.

Enfin on voit survenir pendant quelques minutes, une demi-heure, une agitation s'accompagnant d'actes impulsifs. Le malade répète sans cesse le même mot, d'un ton monotone, que l'on ne comprend pas toujours bien. C'est ce qui constitue la verbigération, qui a été considérée par Mairét¹ en particulier comme pathognomonique de la psychose de la puberté. Le mutisme existe le plus souvent et s'accompagne quelquefois d'un rire narquois.

Du côté des voies digestives, il y a anorexie et constipation. On est obligé de faire manger le malade et de passer le plus souvent la sonde. Quand on lui met l'aliment dans la bouche, il le garde très longtemps et ce n'est qu'après plusieurs sollicitations ou après l'avoir menacé de la sonde qu'il l'avale. Quelquefois, la nuit, le malade s'empare des aliments qu'on a laissés à côté de lui et les mange en cachette.

Cet état dure de plusieurs mois à une ou deux années. La guérison arrive généralement progressivement. Quelquefois le malade est emporté par la tuberculose et l'amélioration de l'état mental coïncide avec l'aggravation de l'état somatique.

Quand la guérison arrive, certains malades parlent de l'angoisse qui les tourmentait à la période de stupeur, mais non tous. Il y en a qui paraissent ne pas se souvenir.

Pour Mairét, cette mélancolie avec stupeur est décrite sous le nom de stupeur lypémanique. Elle est la caractéristique de la folie de la puberté et pour lui, elle représente la mélancolie avec stupeur de Baillarger ou la catatonie de Kahlbaum.

En effet Kahlbaum considère la mélancolie stupide comme un processus morbide et non comme une entité morbide. Pour lui, elle fait

1. MAIRET. Folie de la puberté. (Leçons clin.) *Ann. méd. psych.*, 1888-1889.

partie intégrante de la catatonie qu'il définit : une maladie à marche changeante et cyclique où les symptômes psychiques offrent tour à tour le tableau de la mélancolie, de la manie, de la stupémanie, de la confusion et finalement de la démence et où, à côté des symptômes psychiques, se manifestent des phénomènes du côté du système nerveux moteur avec le caractère commun de la convulsion comme symptôme essentiel.

Wille se refuse à voir dans la catatonie une forme morbide spéciale, puisque, dans ses tableaux morbides, il a rencontré divers traits prônés par Kahlbaum comme caractéristiques.

C'est ainsi qu'il a remarqué une attitude spéciale dans les allures, des expressions bistournées, une surabondance du sentiment du moi, de la verbigeration, un penchant à la négation, une monotonie de l'action maniaque, une apparition d'habitudes bizarres dans le mouvement et la tenue. Nous-même avons constaté aussi ces faits.

Schüle¹ fait remarquer que la mélancolie à l'âge de puberté évolue surtout sur le schéma d'un développement incomplet. Wille se rattache pleinement à cette idée et il fait bien remarquer que les idées mélancoliques typiques (de culpabilité, de damnation, de ruine) sont absentes dans la plupart des cas et remplacées par une prédominance de l'angoisse et des larmes dont les malades eux-mêmes ne savent donner aucune raison. Schüle attire aussi l'attention sur ce fait.

Enfin notons que les idées délirantes de mélancolie véritable sont sujettes à changement, souvent fantaisistes et qu'elles éveillent l'idée de la simulation. L'état d'angoisse est souvent provoqué par des obsessions qui se distinguent par leur absurdité et c'est souvent sous l'influence d'obsessions que le malade se suicide.

Krafft-Ebing² fait ressortir que la mélancolie apparaît surtout à la puberté sous la forme grave de la stupeur s'accompagnant d'actes impulsifs, d'idées obsédantes et d'hallucinations terrifiantes impératives qui sont dirigées contre la vie des malades ou de l'entourage.

Friedreich³ et Rousseau⁴ insistent sur la fréquence des formes religieuses et érotiques dans la mélancolie de la puberté.

Wille trouve, parmi ses malades, 5 cas ayant un délire religieux et 1 cas ayant un délire érotique.

Chez 6 malades, il y avait des hallucinations auditives et chez 5 des hallucinations visuelles.

Enfin il n'est pas rare de voir dans ces formes religieuses les malades

1. SCHÜLE. *Klinische Psychiatrie*, 1886.

2. KRAFFT-EBING. *Traité clinique de psychiatrie*. Trad. Dr E. Laurent.

3. FRIEDREICH. *Ueber Hebephrenie*. *Inaug. diss.* Würzburg, 1876.

4. ROUSSEAU. *De la folie à l'époque de la puberté*. Thèse de Paris, 1857.

se livrer avec frénésie à la masturbation. Les accès de remords et de désespoir religieux apparaissent en même temps que le malade se livre à ses mauvaises habitudes, ce qui crée un contraste des plus frappants entre le délire et les actes qui l'accompagnent. Cette mélancolie a été appelée par les auteurs allemands : mélancolie des onanistes. Elle passe souvent à l'état chronique ou dégénère en démence. Marro a attiré l'attention sur ce fait.

Manie.

La manie est généralement précédée, comme chez l'adulte, d'une phase prodromique qui dure plusieurs jours ou plusieurs semaines et qui est caractérisée par des modifications du caractère, de l'excitabilité, de l'irritabilité dans le caractère, par de la céphalalgie, de l'insomnie, de l'inappétence, de la fatigue générale; puis la maladie éclate, précédée quelquefois de dépression mélancolique, de confusion mentale. Rarement elle débute d'emblée.

Le flux des idées, comme le fait valoir Schönthal¹, n'a de la richesse que l'apparence. En effet, les mêmes idées sont reproduites sans cesse et nous ne voyons pas ici, comme chez les adultes, des idées variées se succédant les unes aux autres. On ne voit pas non plus les sentiments gais s'exalter. On remarque, au contraire, une excessive irritabilité avec tendance à s'affecter et des larmes fréquentes avec angoisse.

L'humeur est très variable et des actes impulsifs sont très fréquents.

Quelquefois cette manie fait suite à la mélancolie typique et constitue une psychose cyclique; dans d'autres cas, elle prend le caractère périodique (manie périodique) ou le caractère rémittent, comme l'ont signalé Emminghaus, Paulmier et Kovalevski². Enfin la manie peut se compliquer d'un état de stupeur, état que Paulmier avait le premier signalé, et il n'est pas rare de voir les traits de la folie hébéphrénique signalés par Kahlbaum et Hecker, c'est-à-dire du poncif, du théâtral à côté de l'enfantin, une allure niaise à côté d'une allure théâtrale. Ces représentations délirantes donnent, comme pour les cas de mélancolie, l'impression d'une simulation ou d'une forfanterie très grande.

Des hallucinations de la vue et de l'ouïe sont très fréquentes; elles sont signalées par presque tous les auteurs. Il en est de même des illusions, dont Delasiauve³ a montré la fréquence dans les folies de

1. SCHÖNTHAL. Beitrag zur Kenntnis der im frühen Lebensalter auftretenden Psychosen. *Arch. für Psych.*, Bd. XXIII.

2. KOVALEVSKI. Melancholy in children. *Med. Vestnich Saint-Petersbourg*, 1885 XXII, 17-40.

3. DELASIAUVE. *Gazette des hôpitaux*, 1852, et *Annales médico-psych.*, 1855.

l'enfance et de la puberté en opposition avec les autres périodes de la vie.

On signale dans la marche de cette psychose des exacerbations et des rémissions, ainsi que des alternances d'excitation et de dépression, ce qui est bien en rapport avec l'étiologie héréditaire de la maladie.

La guérison arrive généralement graduellement : on voit l'agitation psychique et motrice décroître et en même temps l'appétit et le sommeil reparaissent. Quelquefois la guérison est précédée par un état mélancolique ou par de la stupeur ou encore par un état de confusion, comme l'a signalé Wille. Rousseau a observé une différence marquée dans la marche de la maladie chez les deux sexes. Il dit que les garçons sont généralement bavards, fanfarons, trompeurs et ont besoin d'activité incroyable, ce qui fait qu'ils commencent beaucoup de choses sans rien finir. Chez les garçons moins bien doués se montrent des instincts pervers, ils détruisent et incendient sans motif.

Le délire des jeunes filles est moins bruyant, moins turbulent aussi. Les jeunes filles cherchent à attirer l'attention sur elles, elles présentent souvent des symptômes d'hystérie et passent des larmes au rire avec la plus grande facilité. L'instinct érotique est quelquefois très développé et les pousse à des actes provocants.

Des exacerbations au moment des règles peuvent se montrer, comme Rousseau et Moreau l'ont observé. Wille a vu cette exacerbation dans 6 cas, et l'accalmie survenir dans 2 cas sous l'influence de la régularisation du flux menstruel. Il a constaté en outre la coïncidence de convalescence, et l'amélioration de l'état général avec l'apparition des règles qui avaient été suspendues pendant la période d'état.

Wille propose de diviser la manie en 4 classes :

- 1° Manie irritable ;
- 2° Manie chronique simple et hallucinatoire ;
- 3° Forme catatonique ;
- 4° Manie classique, forme typique, rare dans l'adolescence.

Confusion mentale.

La confusion mentale, comme l'indique son nom, est caractérisée par la confusion dans les idées, l'hébétude et la perte de l'orientation, avec ou sans délire, avec ou sans hallucinations ou illusions.

Le malade qui en est atteint a un facies hébété qui respire l'étonnement, l'égaré, ou bien sa physionomie est absolument inerte, abrutie, stupide.

L'attention, la perception sont affaiblies, c'est ce qui fait que les malades perdent la notion du lieu, du temps, qu'ils font des erreurs sur les personnes et les choses qu'ils voient. La parole est souvent complètement incompréhensible. Elle peut se rapporter ou non aux idées du malade. Les mots peuvent se présenter à la suite les uns des autres, associés par assonance, ou quelquefois, ce que Meynert appelle élément aphasique et paraphasique, les mots sont prononcés avec effort et incomplètement, comme si le malade ne parvenait pas à exprimer celui qu'il voudrait. Il commence la première syllabe du mot, mais ne le finit pas, et il ne cherche pas ensuite à le terminer. Il ne s'aperçoit pas de cette lacune.

Le patient a la figure sans expression; il marmotte des mots sans suite (mussitation) et se livre à des actes incompréhensibles qui paraissent reliés à des hallucinations. Quand on l'interroge, il peut comprendre la première partie de la phrase, mais le plus souvent il n'a pas saisi l'ensemble de la question. Aussi il ne répond rien ou des mots sans rapport avec la question, ou bien encore il commence par une réponse correcte et il finit par des mots sans suite, ou il s'arrête brusquement sans finir la phrase. Souvent il répondra à toutes nos questions : *je ne sais pas, machin, chose*. L'écriture est troublée, désordonnée. Un mot est souvent commencé et non achevé. Ou bien le même mot est souvent recopié plusieurs fois.

Le malade est affaibli, épuisé, et généralement très amaigri. Il chancelle sur ses jambes et présente des troubles vaso-moteurs, son cœur est généralement petit, ralenti. La température est souvent au-dessous de la normale. Cependant on peut quelquefois observer de la fièvre le soir. Il n'est pas rare de constater des troubles oculo-moteurs et même du facial.

Les voies digestives sont en mauvais état. Il y a une haleine fétide, anorexie complète et souvent refus de manger, quelquefois voracité et gâtisme irrégulier et inconstant. Les urines contiennent souvent de l'albumine, du sucre et des phosphates.

Le *début* de l'affection est presque toujours précédé d'une période prodromique qui peut durer de quelques jours à plusieurs mois.

Les uns se plaignent de maux de tête, ont de l'angoisse et de l'agitation, des troubles du sommeil et des phénomènes sensoriels subjectifs. Chez les autres se montre une transformation du caractère. Ils sont de mauvaise humeur, excités, et se plaignent de difficulté à penser. Puis, tout d'un coup, la maladie éclate, dans certains cas, par un accès d'excitation généralisée qui fait ressembler le malade soit à un maniaque, soit à un mélancolique anxieux, soit enfin à un

alcoolique aigu ou suraigu. Cette agitation peut même aller jusqu'à la fureur ou jusqu'à l'état qu'on a décrit sous le nom de délire aigu (Chaslin¹).

D'autres fois le début est marqué par de la stupeur à tous ses degrés et le malade peut avoir l'aspect d'un catatone.

Ces deux états d'excitation et de dépression peuvent se combiner ou alterner à plusieurs reprises. Le cours de la maladie procède donc par phases.

La *marche* est essentiellement variable. Souvent elle est intermittente ou elle est à rechutes, M. Hannion en rapporte un exemple : quatre accès mensuels paraissent correspondre à l'époque des règles absentes². La moitié des cas guérissent, l'autre moitié passe à une phase de faiblesse chronique, d'après la statistique de Wille, et toujours il reste de l'amnésie quand la maladie est traversée. Il arrive que le trouble de la mémoire peut être semblable à celui de la psychose polynévritique (amnésie rétro-antérograde). Mais dans les cas légers de confusion la mémoire paraît intacte.

Le passage à la démence, ainsi que la mort par délire aigu ou par maladie intercurrente chez les adolescents, n'est pas signalé dans les mémoires que j'ai parcourus. Sauze³ insiste sur les crises précédant la guérison.

Il mentionne le retour des règles, le retour de la transpiration, une fièvre intense avec diaphorèse abondante, la salivation, la diarrhée, un abcès, un érysipèle. Schüle⁴ a noté une éruption furonculaire.

L'augmentation de l'activité cérébrale, au moment de la puberté, devrait être le principal facteur de ce trouble surtout sensoriel, d'après Wille. La maladie est plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Wille rapporte 6 cas féminins et 5 cas masculins entre 14 et 20 ans.

Les auteurs font jouer à l'hérédité un rôle moindre que pour les autres maladies. Mais on attribue une grande importance au rachitisme congénital fœtal ou infantile, à toutes les maladies qui ont troublé le développement pendant l'enfance, et à toutes les causes qui ont débilité le système nerveux. Meynert⁵ croit qu'il faut attribuer une importance particulière au défaut de parallélisme dans le développement du système nerveux et du système vasculaire sanguin.

1. CHASLIN. Confusion mentale, p. 88.

2. HANNION. Confusion mentale. Thèse de Paris, 1894.

3. SAUZE. Études médico-psych., p. 67.

4. SCHÜLE. Discussion à propos de la communication de Schönthal.

5. MEYNER. Klinische Vorlesungen. Wien, 1890.

Enfin Serbski attribue la confusion mentale au résultat intime d'une infection ou auto-intoxication par les produits des microbes ou la résorption des poisons de l'économie.

Le délire de la confusion mentale est considéré par tous les auteurs comme étant un délire onirique (délire de rêve) caractéristique des psychoses d'auto-intoxication, ayant beaucoup d'analogie avec le délire alcoolique.

Délire hallucinatoire aigu.

Le délire hallucinatoire aigu se produit, d'après les auteurs, spécialement à l'âge de la puberté, sans cause occasionnelle spéciale. Wille en rapporte 5 cas dans sa monographie, et chez ces malades on ne relève ni constitution psychopathique, ni hérédité, ce qui concorde, dit-il, avec l'expérience commune.

Les causes étiologiques sont surtout les maladies infectieuses aiguës, ainsi que les abus d'alcool et les émotions morales vives.

Le développement de la maladie est brusque, impétueux, et sa terminaison se fait aussi brusquement, quelquefois lentement.

Sa durée est en moyenne de trois semaines et la guérison est le plus souvent complète. Cependant on a vu des récives. Dans ce dernier cas le pronostic est défavorable.

Les hallucinations peuvent provenir de tous les sens, mais celles de l'ouïe dominant. On peut constater aussi des illusions et des visions. Le malade se rend compte de ses hallucinations. Il les décrit avec une grande lucidité, il sent ce qu'il y a de malade dans ses sensations, mais il ne peut lutter contre elles.

Le malade a une disposition d'esprit changeante et présente souvent de l'angoisse. Son humeur est résignée. Il éprouve de l'insomnie et souvent des poussées congestives vers la tête.

Ce délire hallucinatoire survenant sous l'influence d'une cause légère, fatigue, surmenage, alcool, infection, etc., est considéré par la plupart des médecins français comme étant dû à la dégénérescence mentale.

II. ÉTATS RÉGRESSIFS

Démence précoce. Hébéphrénie.

Le début de l'hébéphrénie peut être caractérisé par l'ensemble des symptômes que nous avons décrits sous le nom de stupeur, démence aiguë, confusion mentale, catatonie, etc., et c'est cet ensemble de symptômes qui rend le diagnostic incertain. Le plus souvent cepen-

dant, le début de cette démence se fait d'une manière lente, progressive, d'où deux formes principales d'hébétéphrénie : une forme légère, atténuée, semblable à l'imbécillité, et une forme grave (analogue à l'idiotie), laquelle, pour Christian, serait elle-même divisée en deux variétés : la forme simple dans laquelle les muscles ne sont pas atteints, et la forme catatonique dans laquelle le système musculaire est profondément troublé dans son fonctionnement.

C'est vers 12 à 14 ans que ces enfants qui s'étaient très bien portés jusqu'à ce jour, qui n'avaient présenté aucune anomalie de caractère, de sentiments et d'intelligence, dit M. Christian¹, commencent à ne plus bien travailler. Ils se sentent fatigués. Au début on met tout sur le compte de la croissance et de la neurasthénie. Mais l'attention va en diminuant et l'intelligence s'affaiblit. Tout travail est impossible et on est obligé de constater que nous assistons au début de cette terrible maladie. Le caractère se modifie. L'enfant devient grognon, irritable, insociable. Il a des mouvements impulsifs, et lui qui chérissait ses parents, les prend en grippe et devient violent à leur égard. Tout l'ennuie, rien ne l'intéresse, et on ne peut l'occuper. L'enfant recherche l'isolement où il se livre souvent à l'onanisme. Des idées hypocondriaques ou des phobies ou encore des idées de persécution non systématisées avec quelques idées de grandeur empreintes de puérité peuvent apparaître, mais ces symptômes ne sont qu'épisodiques. Ce qui domine, c'est l'affaiblissement intellectuel, les changements de caractère et les impulsions au vagabondage, au suicide, à l'homicide et à l'incendie.

De véritables périodes d'excitation peuvent se produire à intervalles plus ou moins éloignés, et après plusieurs rémissions nous voyons la démence augmenter et le gâtisme survenir, mais sans jamais s'accompagner de paralysie. Quelquefois la démence ne s'accroît pas. L'individu reste seulement dans un état de faiblesse intellectuelle qui le rapproche de l'imbécillité pendant plusieurs années.

D'autres fois le début de la maladie est caractérisé par de la stupeur, de la stupémanie, de la démence aiguë, de la confusion mentale, de la catatonie, etc., et ces phénomènes peuvent persister jusqu'à la

1. Voir *Annales médico-psych.* Christian reproduit la statistique d'Aschaffenburg qui concorde avec la sienne et qui montre que tous les enfants étaient intelligents.

Garçons	Filles
27 %	21 % Intelligence moyenne.
55 %	66 % Intelligence bonne, remarquable.
18 %	15 % Intelligence au-dessous de la moyenne, mais ni idiots ni imbéciles.

période terminale de la démence. Cette forme est la plus grave, la démence peut être complète. On a signalé cependant des cas de guérison après la catatonie.

Quand, au contraire, la manie ou la mélancolie ouvrent la série, la démence reste généralement incomplète.

Hack Tuke¹ considère l'hébéphrénie comme étant une folie morale (le développement intellectuel étant achevé); mais ici la folie morale est progressive et devient en trois ans une faiblesse psychique générale. Nous ne constatons dans cette maladie ni ruse ni finesse de jugement, comme dans la folie morale vraie.

Ce qui domine surtout dans la démence précoce, c'est l'absence d'attention. Le malade n'a pas la capacité de diriger son attention vers un but déterminé. — La mémoire proprement dite, la faculté de former des associations d'idées reste indemne; mais elle ne peut, en raison du trouble de l'attention, être utilisée suffisamment.

La maladie présente des rémissions, des accalmies trompeuses et des oscillations irrégulières et nous devons, avec Daraszkiwicz, faire observer que toutes les fonctions psychiques ne sont pas uniformément troublées par elle; plusieurs fonctions restent épargnées d'une façon surprenante.

La santé physique chez ces déments précoces reste bonne généralement et ils vivent jusqu'à un âge avancé, excepté toutefois les déments en état de stupeur qui meurent presque toujours phthisiques vers l'âge de 50 ans.

Paralysie générale progressive.

La paralysie générale progressive juvénile a été méconnue jusque dans ces derniers temps. C'est surtout depuis 1885, époque à laquelle Régis publia son mémoire dans l'*Encéphale*, que cette maladie a été l'objet de travaux intéressants. Les observations de Hubert Rodriguez² et de Claudine étaient passées inaperçues. Les jeunes gens possédant cette affection étaient considérés, faute de renseignements, comme étant des idiots ou des déments par suite de traumatisme ou d'affections aiguës ou chroniques des méninges et du cerveau. Un grand nombre aussi rentrait dans la catégorie de la démence précoce dont nous avons donné plus haut la description.

1. HACK TUKE. A manual of psychological medicine, 1879, p. 545.

2. HUBERT RODRIGUEZ. Traité de la paralysie générale, 1847, Montpellier. Voir aussi *Annales médico-psych.*, 1898, séance du 28 février.

Cette paralysie générale progressive juvénile présente les mêmes symptômes physiques que la paralysie générale de l'adulte, mais elle s'en distingue par l'absence de conceptions délirantes à forme mélancolique ou expansive (idées de grandeur, de richesses, d'énormité) et par la présence d'accès fréquents paroxystiques de fureur non motivée.

Cette absence de conceptions délirantes et l'absence de lésions anatomiques caractéristiques chez certains sujets qui ont présenté les symptômes physiques de la paralysie générale, sont la raison pour laquelle certains aliénistes nient l'existence de cette paralysie. Mais les recherches de M. Thiry (thèse, Nancy 1899) sont concluantes.

M. Thiry relève 69 observations de paralysie générale juvénile; 42 fois l'autopsie a été faite et les lésions macroscopiques de la paralysie ont été trouvées, et 19 fois l'examen microscopique releva les altérations caractéristiques des méninges, des vaisseaux, des cellules dans le cerveau et dans la moelle.

En présence de ces lésions, on ne peut nier l'existence de la paralysie générale dans l'adolescence; mais quelle en est la nature? Presque tous les auteurs, après M. Fournier, malgré l'absence de stigmates d'hérédo-syphilis, et l'inefficacité du traitement spécifique, la considèrent comme étant héréditaire, peut-être même familiale et d'origine infectieuse syphilitique. La puberté jouerait le rôle de cause prédisposante.

Le docteur Jacki¹ pense que la syphilis héréditaire et l'hérédité neuro-pathologique sont la cause étiologique et que la puberté est la cause occasionnelle. Jamais on n'invoque comme cause le surmenage intellectuel et physique et les secousses morales. Elle a peut-être un rapport possible avec les traumatismes, mais ce n'est pas prouvé.

Les cas où on ne trouve pas de lésions caractéristiques doivent être rangés dans les pseudo-paralysies générales ou dans les démences précoces.

La marche de cette affection paraît être en général plus longue que celle de l'adulte. La mort arrive au bout de 5 à 10 ans.

Démence paralytique, spasmodique, épileptique.

Cette démence arrive surtout chez les jeunes gens qui ont des accès sériels et la puberté jouerait le rôle de cause prédisposante. (Voir *Épilepsie*.)

1. Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, séance du 21 mai 1894.

III. DÉGÉNÉRESCENCE MENTALE

La dégénérescence se traduit par un certain nombre d'anomalies physiques ou psychiques qui sont dites des stigmates de la dégénérescence¹ et que l'on rencontre toujours chez des individus qui ont une tare héréditaire ou acquise très chargée.

Nous ne passerons pas en revue tous ces stigmates physiques et intellectuels et nous ne nous occuperons pas des idiots et des imbéciles qui sont l'expression la plus complète de la dégénérescence mentale; mais nous étudierons seulement les psychoses chez les intelligents pubères.

Disons cependant que la puberté chez les idiots, imbéciles ou arriérés est généralement retardée chez les garçons², tandis que d'après mes relevés à la Salpêtrière, je n'ai trouvé aucun retard dans l'apparition des règles chez les jeunes filles³ et, même dans deux cas, j'ai trouvé les premières règles signalées avant 10 ans.

Griesinger et Levinstein signalent le retard et même l'arrêt complet de la croissance à un moment de l'enfance chez certains sujets. Ces cas extrêmes ont pour pendants ceux où le développement physique est extraordinairement rapide et où la puberté se manifestait à 4 ou 5 ans.

Il n'est pas rare de voir aussi, chez ces infirmes, des colères, des impulsions et des périodes d'excitation violente au moment des règles — suivies quelquefois d'une dépression mélancolique ou plutôt d'une humeur joyeuse (béatitude joyeuse).

Anomalies psychiques. — C'est surtout à l'âge de la puberté qu'apparaissent les anomalies psychiques qui constituent le fond de la folie héréditaire.

Ces anomalies sont tantôt du domaine intellectuel, tantôt du domaine de la volonté, tantôt du ressort de la sensibilité et de la morale.

Celles qui sont du ressort de l'intelligence constituent les idées fixes et ont été décrites par Esquirol sous le nom de monomanie.

La folie morale est relative aux troubles de la sensibilité et les aboulies sont du ressort de la volonté. Le centre psychique dans ce dernier cas est atrophié, tandis que dans les autres cas il est hypertrophié.

1. MOREL. Traité des dégénérescences de l'espèce humaine, [Paris, 1857. — MAGNAN. *Annales médico-psych.*, Paris, 1886.

2. BOURNEVILLE. Comptes rendus de Bicêtre.

3. J. VOISIN. Idiotie. Félix Alcan, Paris, 1895.

Ces anomalies psychiques peuvent s'accompagner ou être la source d'un délire. Elles constituent alors le groupe des paranoïas élémentaires de Morselli¹, ou le groupe des obsessions.

Les obsessions (monomanie impulsive des auteurs, délire émotif de Morel, folie avec conscience (Falret), syndromes épisodiques (Magnan) ont été l'objet d'une étude approfondie par Magnan et Charcot et en dernier lieu par Janet et Raymond². Ces auteurs ont groupé dans le tableau suivant tous les symptômes caractéristiques de ces états psychiques.

- | | | | |
|----------|---|--------------------------------|--------------------|
| <i>a</i> | { | obsession | } irrésistibilité. |
| | | impulsion | |
| <i>b</i> | { | conscience complète de l'acte. | |
| | | angoisse concomitante. | |
| <i>c</i> | | satisfaction consécutive. | |

Je ne décrirai pas toutes les obsessions ou phobies que nous pouvons observer; je ferai seulement remarquer que la puberté favorise leur évolution et que toutes ont pour caractère principal les symptômes énumérés plus haut. Elles sont donc toutes conscientes et cette conscience les fera diagnostiquer des impulsions suicide et homicide par exemple, qui arrivent dans le cours de l'épilepsie.

Toutes les variétés d'obsession peuvent se montrer chez un même sujet, en même temps que les troubles d'une névrose constitutionnelle dont il peut en outre être atteint (hystérie, neurasthénie, épilepsie, chorée, etc.). Elles peuvent alterner les unes avec les autres. Elles ne constituent donc pas une maladie autonome, mais un syndrome épisodique, comme l'a très bien fait ressortir Magnan.

Chez les uns prédominent les obsessions mentales avec ou sans impulsions irrésistibles; chez les autres, ce sont les idées fixes engendrant des délires systématisés variables, qui évoluent surtout à l'âge adulte; chez d'autres, ce sont les perversions morales et les désordres des actes.

Krafft-Ebing veut que les jeunes gens aient présenté toujours des manifestations de cette folie héréditaire dans leur jeune âge; mais cette manière de voir n'est pas rigoureusement exacte. Un certain nombre d'enfants présentent, il est vrai, le caractère de déséquilibre des dégénérés; mais les vraies psychoses se développent surtout ou s'aggravent au moment de l'involution pubérale.

1. MORSELLI. Manuale di Semiotico delle malattie mentali. Milan.

2. RAYMOND et JANET. Névroses et idées fixes. Félix Alcan, 1898.

C'est ainsi que l'onanisme, la nymphomanie, le satyriasis, la crainte d'éjaculations sont des manifestations essentiellement pubérales; mais on doit reconnaître que les jeunes gens qui sont atteints de ces manifestations psychopathiques ont présenté dans leur enfance des bizarreries de caractère, des scrupules religieux, des craintes ou des frayeurs qui étaient le prélude de cette folie héréditaire.

Je connais un jeune homme de 18 ans qui ne se couche pas et s'empêche de dormir par crainte d'avoir des pollutions nocturnes. Il a eu des scrupules religieux au moment de sa première communion et des terreurs, le soir, quand il était seul dans une chambre. Ce jeune homme se figure que les domestiques se moquent de lui quand il tache ses draps par les pollutions.

La *maladie du doute* est un syndrome très répandu, paroxystique et rémittent, surtout à ses débuts. Il peut même disparaître complètement et ne revenir qu'après un intervalle de plusieurs années, soit sous la première forme, soit sous une forme différente. Lorsque la maladie est progressive, elle s'aggrave insensiblement jusqu'à l'anxiété mélancolique et jusqu'au suicide.

Crainte des contacts, délire du toucher. — Cette folie s'unit très fréquemment avec la folie du doute; mais elle peut exister seule. Elle peut aussi s'unir avec d'autres aberrations mentales ou alterner avec elles.

Une des formes les plus fréquentes de cette psychose est la *crainte des poisons*, des venins et des virus. J'ai en ce moment-ci, dans mon service, une jeune fille de 14 ans et demi, réglée seulement depuis une année, qui ne veut plus porter la robe qu'elle avait quand son père est mort et qui ne veut plus faire le ménage, aider sa mère dans sa cuisine, de crainte d'empoisonner les siens, car du poison qu'elle a employé quand son père était malade a pu rester sur son corps et en particulier sur ses mains, sous ses ongles, etc. Quand elle s'est lavée plusieurs fois les mains et les bras, elle éprouve de la satisfaction.

A cette crainte du contact est intimement liée la zoophobie ou horreur des animaux.

Toutes ces phobies ont leur contre-partie. C'est ainsi que l'agoraphobie ou peur de l'espace a pour contre-partie la claustrophobie; la kleptomanie, la kleptophobie; la pyromanie, la pyrophobie; la zoophobie, la zoophilie ou folie des antivivisectionnistes. A côté de la crainte du contact des objets impurs se trouve le besoin irrésistible de toucher les choses malpropres (matières fécales, déchets épidermiques, os).

L'onomatomanie si bien décrite par Charcot et Magnan¹ s'observe rarement chez les jeunes gens.

A côté de l'onomatomanie, il faut signaler l'arithmomane qui est la manie de compter. Elle s'associe ainsi que l'onomatomanie fréquemment avec la folie du doute.

La *coprolalie* et la manie blasphématoire peuvent se présenter aussi isolément ou associées à divers tics nerveux.

Les *impulsions* au suicide et à l'homicide se présentent surtout sous la forme paroxystique et l'époque de la puberté, l'éruption des règles coïncident avec le retour des accès paroxystiques. L'imitation, l'auto-suggestion paraissent jouer aussi un grand rôle dans la naissance de ces impulsions.

La *dipsomanie* ou impulsion irrésistible à boire se produit par des accès essentiellement intermittents et paroxystiques, et se montre pour la première fois souvent au moment de la puberté et très fréquemment à l'époque des règles chez les femmes. L'accès est toujours précédé de prodromes : sentiment vague de tristesse, découragement, dépression mélancolique, impossibilité de travailler. Le besoin est irrésistible et il faut qu'à toute force le malade se procure l'argent nécessaire pour boire. Tous les moyens sont bons pour se le procurer : l'abus de confiance, le vol, la prostitution. Il n'est pas rare de voir chez ces malades du mysticisme, des impulsions érotiques, ainsi que des tendances au suicide et à l'homicide. Enfin souvent des symptômes d'alcoolisme viennent se greffer sur le tout.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la kleptomanie et la pyromanie sont des impulsions qui se développent surtout chez les faibles d'esprit au moment de la puberté, surtout quand l'évolution de la fonction spermatique ou plus souvent menstruelle est difficile.

Aberrations, perversions sexuelles. — Ces aberrations, ces perversions peuvent se montrer seules ou accompagnées de la folie morale. Elles se développent souvent dès l'enfance, mais elles s'accroissent surtout à l'époque de la puberté. L'inversion du sens génital se manifeste surtout à cette époque. D'autres obsessions que nous avons décrites plus haut peuvent accompagner ces perversions.

Folie morale (Manie raisonnante, folie lucide (Trélat), folie des actes, moral insanity, idiotie morale). La folie morale est caractérisée par l'absence de sentiments éthiques et de tout mouvement altruiste. D'où l'égoïsme absolu et le plaisir à mal faire. L'intelligence est conservée et les idées délirantes font défaut.

1. CHARCOT et MAGNAN. *Archives de neurologie*, t. X.

Cette folie est une maladie essentiellement héréditaire, elle se développe dans l'enfance avec ses stigmates psychiques qui peuvent rester latents. Mais au moment de la puberté, ces derniers se montrent dans toute leur intensité. « La puberté, dit Schüle, développe la nature intime du vaurien. » Des causes occasionnelles peuvent hâter son éclosion, telles qu'un traumatisme sur la tête, des excès alcooliques, la masturbation, l'épilepsie ou l'hystérie, etc.

Les fous moraux passent leur vie à exécuter des actes bizarres et nuisibles et ils se laissent aller à tous les mouvements passionnés, à tous les désirs qui traversent leur esprit et à la moindre résistance, ils se livrent à des emportements maniaques pendant lesquels ils commettent les actes de la plus haute gravité. Capricieux, égoïstes, méchants, cruels même, ils sont impitoyables pour ceux qui sont plus faibles qu'eux. Dissimulés, menteurs, ils inventent des histoires fantastiques pour s'excuser. Paresseux à l'excès et vindicatifs, ils se livrent au vagabondage, à des vols et aux calomnies. Ces jeunes gens sont la plaie de la société et peuplent les prisons. Krafft-Ebing distingue deux classes d'idiots moraux, qu'il rapproche des idiots intellectuels, une imbécillité et une idiotie morale. Suivant l'intensité du trouble mental et au point de vue de la pratique, il établit une différence entre l'idiot moral qui est passif et apathique et celui qui est actif et excitable.

Ces fous raisonnants ignorent leur exaltation et manifestent la plus grande indignation quand on émet le moindre doute sur l'intégrité de leur intelligence ; cependant on doit reconnaître que malgré la vivacité de leur répartie, malgré leur audace, la finesse de leur ruse, ils n'ont pas l'intégralité de leur intelligence, car ils ne comprennent pas la gravité de leurs méfaits et ne savent pas agir selon leurs intérêts dans une question donnée. Ils se laissent mettre en prison ou perdent leur procès sans avoir conscience des fautes qu'ils ont commises. Leur satisfaction vaniteuse leur suffit pour leur gloire.

Une éducation spéciale tout à fait appropriée au genre de maladie morale du sujet peut avancer la guérison. Cette guérison n'est quelquefois qu'une rémission. Toutefois cette guérison n'arrive que lorsque la maladie s'est développée pendant ou après la puberté et non avant.

Délires polymorphes.

Chez les dégénérés le délire revêt des caractères spéciaux : il a, dit M. Cullerre¹, quelque chose de bizarre, d'incorrect, de mal venu et ne

1. CULLERRE, p. 517.

semble obéir à aucune loi. Les malades peuvent être atteints de manie simple ou ambitieuse, de délire de persécution, de mélancolie, mais par poussées, par accès, avec des revirements inattendus et des formes confuses, vagues, atténuées, se succédant, se superposant ou coïncidant chez le même sujet qui peut ainsi présenter des délires multiples.

La mélancolie se combine souvent avec les obsessions, les impulsions, et l'aboulie.

Il n'est pas rare de voir aussi chez les dégénérés des délires d'emblée¹, qui peuvent éclore en quelques jours ou en quelques heures. Ces bouffées délirantes peuvent durer aussi très peu de temps. Enfin, ce délire chez les dégénérés peut changer de forme et d'aspect dans le cours même d'un seul accès. C'est ce qui constitue son polymorphisme.

Les premières manifestations de ce délire se montrent souvent au moment de la puberté et l'alcoolisme paraît en être la cause déterminante la plus fréquente. Un accès de fatigue physique ou intellectuelle avec infection ou avec auto-intoxication ainsi qu'une époque menstruelle sont aussi des causes déterminantes. J'ai trois jeunes filles dans mon service qui ont régulièrement des troubles mentaux variés à l'apparition de leurs règles. Tantôt c'est une dépression mélancolique, tantôt une excitation violente, avec menaces d'homicide ou de suicide, tantôt une excitation enjouée, et au bout de quelques heures ou d'un jour ou deux, tout rentre dans l'ordre.

Paranoïa.

La paranoïa est une maladie psychique chronique qui se montre surtout sur les tarés, qui se développe souvent au milieu des névroses constitutionnelles (neurasthénie, hystérie, hypocondrie) et dont le symptôme principal est l'existence d'idées délirantes. Ces idées délirantes sont des créations primaires du cerveau, qui manquent d'origine émotive. Ces idées sont systématiques. Elles se développent surtout dans le sexe féminin et à l'âge adulte entre 24 et 25 ans.

Cependant on les voit aussi apparaître chez l'enfant, et surtout chez les pubères. Sander², puis Krafft-Ebing³ ont donné une bonne description de cette affection chez les jeunes gens sous le nom de paranoïa originaire.

1. LEGRAIN. Du délire chez les dégénérés, Paris, 1886.

2. SANDER. *Arch. f. psychiatrie*, vol. I, p. 389.

3. KRAFFT-EBING. *Loco citato*.

Pour ces auteurs, la maladie se développe dès le jeune âge et au moment de la puberté, elle s'accroît davantage, ou bien le développement psychique pubéral est le point de départ de l'affection.

Les idées délirantes se manifestent sous la forme d'idées de persécution, mais une folie de grandeur peut aussi se présenter. Ces jeunes gens se croient moins aimés que leurs frères et sœurs. Ils interprètent en mal ce que leur disent leurs parents, tandis qu'ils sont très touchés des paroles flatteuses des étrangers et surtout de personnes ayant une haute position. Si leurs parents ne les aiment pas, c'est qu'ils ne sont pas leurs propres enfants, ils ont été placés en nourrice chez eux. Ils sont les enfants de hauts personnages. Le délire mégalomane est constitué. Ce délire, chez les jeunes filles, revêt souvent la forme érotique, et on observe habituellement des fausses interprétations, des illusions, et des hallucinations des sens, surtout de l'ouïe.

La marche de cette paranoïa (véritable roman de persécution et de grandeur) (Krafft-Ebing) est essentiellement semblable à la paranoïa tardive, notamment à la forme hystérique et masturbatoire.

Des intermissions peuvent durer pendant des années.

Enfin des troubles mentaux toujours secondaires peuvent se montrer et revêtir ou une forme dépressive ou une forme expansive ou encore l'alternance de ces mêmes formes sous l'influence de processus fébriles, d'intoxication ou aussi à l'occasion des exacerbations de la névrose.

Cette affection est rare. Krafft-Ebing, sur 550 cas de paranoïa, l'a trouvée 16 fois chez des jeunes gens.

Folie périodique. — Folie intermittente.

La folie périodique est essentiellement héréditaire, son début coïncide avec la puberté et chez les femmes, l'époque menstruelle est souvent le signal de l'accès. Quand on a assisté à un accès de cette psychose, on prédit ce que les accès suivants présenteront, tant les symptômes ont de régularité dans leurs manifestations.

Le début est brusque, ainsi que la terminaison. Tantôt c'est un accès de manie, tantôt un accès de mélancolie qui ouvre la scène à des époques régulièrement intermittentes. Cet accès paroxystique survient sous l'influence d'un choc moral ou physique, d'un surmenage intellectuel, d'excès de toute sorte, d'une maladie infectieuse, ou des époques menstruelles ou d'une grossesse, etc.

Tantôt c'est un accès de manie ou de mélancolie seul qui survient à des intervalles plus ou moins éloignés, tantôt c'est un accès de manie suivi immédiatement d'accès de mélancolie (accès

manio-mélancolique), ou de mélancolie suivi de manie (accès mélancolico-maniaque), ou tantôt un accès de manie suivi d'un accès mélancolique séparé de lui par un intervalle lucide. Dans le premier cas, nous avons la manie ou la mélancolie intermittente périodique; dans le deuxième cas, la folie circulaire (Falret) et, dans le troisième cas, la folie alternante ou à double forme (Baillarger).

L'accès de manie revêt surtout la forme d'excitation maniaque avec suractivité intellectuelle et idées de puissance et de grandeur. L'accès mélancolique peut revêtir la forme de stupeur et ces caractères spéciaux du délire, sous ses deux formes expansive et dépressive, ont fait dire à Kraepelin¹ que les accès de manie et de mélancolie que l'on rencontre à l'âge juvénile ne sont pas à compter comme mélancolie ni comme manie, mais appartiennent à la folie périodique, car des rémissions longues peuvent en imposer pour des guérisons. Cette manière de voir est réfutée par Wille et la plupart des auteurs.

Schüle a décrit une forme choréatique chez les jeunes périodiques, dans laquelle un trait choréatique prononcé marque d'un bout à l'autre les manifestations maniaques. Dans la suite, le type peut se transformer et prendre la forme régulière de la manie.

IV. PSYCHOSES COMBINÉES. — NEURO-PSYCHOSES

L'essence de la neurasthénie est, d'après Arndt², une excitabilité augmentée ou amoindrie du système nerveux central avec absence de réaction contre les influences extérieures, d'où « faiblesse excitable ».

C'est la maladie du surmenage, aussi bien chez les adultes que chez les enfants; on comprend donc sa fréquence à l'époque de la puberté où il y a tant de causes de surmenage, chez des sujets à tare héréditaire.

Le développement de cette affection se fait généralement d'une manière graduelle, et la marche est habituellement chronique avec rémissions et exacerbations.

La dépression cérébrale est le phénomène essentiel; l'attention n'est plus soutenue à l'école, la curiosité est moins éveillée et les associations d'idées sont moins rapides.

La mémoire bientôt fait défaut et le jeune homme ne peut plus suivre ses camarades en classe. Il lui faut abandonner son concours ou ses examens. Cette diminution dans l'exercice de l'activité intellec-

1. KRAEPELIN. Psychiatric, Leipzig, 1874.

2. ARNDT. Die Neurasthenie (Nervenschwäche). Wien u. Leipzig, 1885. 8°, 1.

tuelle s'accompagne d'irritabilité pathologique et d'un affaiblissement considérable de la volonté. En même temps l'insomnie s'accuse, de plus en plus, la fatigue physique se fait sentir et des troubles dyspeptiques s'installent.

Le malade ne peut s'endormir que tard dans la nuit, aussi le matin, au réveil, est-il plus fatigué que le soir en se couchant. Il éprouve des douleurs, des lourdeurs dans les membres; et il ressent une douleur très vive dans la tête, qu'il compare quelquefois à une calotte de plomb qui s'appesantit sur elle, ou à un cercle de fer, à un étau qui la serre. Les digestions sont pénibles, il y a de la paresse intestinale, des vertiges et des sensations douloureuses du côté de la colonne vertébrale (courbature, constriction, pression, plaque occipitale et sacrée).

Enfin il éprouve des palpitations fréquentes et des troubles de la sensibilité générale qui l'inquiètent. Des idées hypocondriaques surgissent souvent et des frayeurs inexplicables s'emparent de tout son être. De véritables phobies et des obsessions de différente nature peuvent se développer : agoraphobie, claustrophobie, délire du tact et du toucher. Mais ces stigmates de dégénérescence mentale se développent indépendamment de la neurasthénie; ils sont seulement accélérés dans leur évolution par l'apparition de la neurasthénie. Il en est de même de l'hystérie qui vient souvent s'associer à cette névrose pour former des états hystéro-neurasthéniques. Il n'est pas rare non plus de voir la paranoïa se développer. Ces phénomènes surajoutés disparaissent généralement avec la guérison de la neurasthénie. Le pronostic est donc sérieux quand l'hérédité est chargée, car la neurasthénie est souvent le prélude des psychopathies graves et il est du plus haut intérêt au début de faire un bon diagnostic et de diriger un traitement approprié.

Hypocondrie.

Cette affection est considérée par certains auteurs (West, Steiner, Jolly, Westphal, Zif, Leidesdorf, Emminghaus, etc.) comme une névrose arrivant chez des enfants ou des jeunes gens trop choyés, et serait due par conséquent à une mauvaise éducation. Pour la plupart des auteurs français, au contraire, cette affection est une psychose dégénérative. Esquirol la décrit sous le nom de lypémanie raisonnée. Dans cette maladie, il y a augmentation de l'excitabilité générale et perception exagérée des sensations subjectives. Le malade éprouve des sensations douloureuses qui attirent son attention et le conduisent à s'analyser. Les phénomènes nouveaux qui se passent du côté de la fonction génitale surtout l'étonnent et l'effraient au point d'é-

veiller en lui une propension très marquée au suicide, surtout quand viennent s'ajouter des conceptions délirantes qui prennent le type religieux ou érotico-mystique avec idées de possession diabolique.

S'il éprouve une douleur du côté du cœur, il comptera avec soin les battements du pouls et se croira atteint d'une affection cardiaque; s'il tousse, il est poitrinaire. Il en sera de même pour tous les actes physiologiques qu'il exécutera et il interprétera toujours en mal ses sensations. Mais cette préoccupation pourra devenir une obsession à un moment donné. S'il a été par exemple mordu par un chien, ou si, ayant une plaie insignifiante à la main, un chien vient à le lécher, il sera obsédé de l'idée de la rage. Dans d'autres cas le malade, en se préoccupant ainsi de son état, arrive à se livrer à de fausses interprétations et on peut voir se développer des délires systématisés (paranoïas hypocondriaques¹). C'est ce que Morel appelait la transformation de névrose.

L'hypocondrie névrose est curable, tandis que l'hypocondrie psychose est d'un pronostic très sérieux, surtout quand des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations auditives se déclarent; dans ces derniers cas, l'hérédité nerveuse et mentale est toujours chargée.

Hystérie.

L'hystérie se développe à tout âge. Jusqu'à 10 ans, les attaques complètes sont rares; mais certaines manifestations, comme les convulsions et les vertiges, sont assez fréquentes chez les enfants.

C'est entre 10 et 20 ans, c'est-à-dire à l'époque de la puberté, que se manifeste surtout cette névrose; après 20 ans, elle diminue de fréquence. L'hystérie mâle ne fait pas exception à cette règle.

L'hystérie que l'on considère, comme la plupart des névroses, comme étant une modalité de la dégénérescence, reconnaît pour cause l'hérédité similaire et surtout l'hérédité transformée.

Elle se présente à nous au moment de la puberté sous différentes formes: tantôt sous la forme d'un syndrome complexe simulant des maladies organiques (coxalgie, affections médullaires, méningite, etc.), tantôt sous la forme psychopathique; c'est cette dernière manifestation que nous allons étudier.

Les symptômes psychiques peuvent être divisés en deux groupes: ceux qui font partie intégrante de l'hystérie et ceux qui sont du domaine de la dégénérescence mentale et qui se combinent avec les premiers.

1. Voir chapitre *Obsession*.

Dans le *premier groupe* se trouve :

Le délire hystérique qui a été parfaitement étudié par Charcot et ses élèves et en particulier par P. Richer¹. Ce délire est des plus variables : gai, triste, furieux, religieux ou obscène. Il est entremêlé d'hallucinations qui apparaissent généralement du côté de l'anesthésie. Ces hallucinations sont quelquefois auditives, mais surtout visuelles. Les hallucinations visuelles ressemblent à celles des alcooliques. Les malades voient des animaux, des rats, des chats, etc. (zoopsie). Le délire peut précéder l'attaque; mais, le plus souvent, c'est à la 5^e période et surtout à la 4^e période de l'attaque qu'il se produit. Le délire de la 5^e période se distingue nettement par des attitudes passionnelles, c'est le délire d'action, tandis que le délire de la 4^e période, qui se confond souvent avec le précédent, est le délire des illusions, le délire de mémoire. Dans la 4^e période, le malade converse et raconte; dans la 5^e, il agit. Les hallucinations sont la condition nécessaire, *sine qua non*, de la 5^e période, tandis qu'elles manquent dans la 4^e période et sont remplacées par les illusions. L'état de l'intelligence est différent aussi dans ces deux cas. Dans la 5^e période, le malade ne veut rien, n'entend rien; dans la 4^e période, sans avoir complètement recouvré ses sens, il ne demeure pas aussi inaccessible aux influences du dehors. Il est le jouet d'illusions. Il entend, mais il ne rapporte pas le bruit à sa véritable cause, il lui attribue une signification en rapport avec l'idée qui le possède. Indépendamment de ce délire accompagnant l'attaque, on peut voir le délire constituer à lui seul l'attaque, en être l'équivalent, au même titre qu'une attaque de sommeil, de léthargie, de somnambulisme ou d'automatisme ambulateur.

Dans le *deuxième groupe* se trouvent l'état mental des hystériques et la folie hystérique. Sous l'influence d'une cause morale ou physique, souvent sous l'influence seule des règles, quelquefois sans cause appréciable, on voit ces manifestations hystériques et dégénératives se manifester et donner lieu aux ensembles symptomatiques suivants :

1^o *État mental des hystériques.*

Les hystériques ont une organisation psychique mal équilibrée et sont d'une impressionnabilité excessive; elles pleurent et rient sous le moindre prétexte. D'une mobilité excessive, elles n'ont aucun esprit de suite, aucune idée arrêtée, et tout en étant capables de déployer

1. PAUL RICHER. Études cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie, Paris, 1881.

Voir aussi CHARCOT. Leçons du mardi à la Salpêtrière, 1888-1889; — COLIN. Étude sur l'état mental des hystériques, Paris, 1890; — GILLES DE LA TOURETTE. Hystérie; — PAUL SOLLIER. Genèse et nature de l'hystérie, Paris, 1897.

une intelligence brillante, cultivée, elles sont tout à fait dans l'impossibilité de mener à bien une chose sérieuse. Elles ont une tendance très manifeste à la contradiction, à la controverse, mais aussi à l'imitation, aux idées paradoxales, à toutes les opinions et théories qui peuvent les mettre en évidence. Elles jouent d'instinct la comédie et ont des alternatives d'excitation et de dépression, s'émeuvent pour des riens et restent insensibles en présence d'événements qui devraient les toucher le plus. Leurs sentiments affectifs changent aussi avec la plus grande facilité. On les voit se livrer aux actes les plus pervers et les plus criminels, comme aux actions d'humanité, de bravoure et d'éclat les plus méritoires. Elles ont un besoin insatiable d'occuper le public et la presse de leur personne.

Leur dépravation morale éclate surtout dans la vie privée. Jeunes filles ou jeunes femmes, elles jouent le rôle d'incomprises auprès de leurs parents ou de leur mari, et recherchent les aventures galantes et romanesques, et c'est toujours ce besoin de se faire remarquer qui conduit l'hystérique aux situations scabreuses; car, contrairement à l'opinion vulgaire, ces jeunes filles ou ces jeunes femmes ne sont pas nécessairement salaces et portées à la lubricité. Quelques-unes cependant manifestent dans leurs actes et leurs paroles une réelle excitation génésique.

Cette exagération du tempérament, c'est-à-dire ce manque absolu d'équilibre de l'être psychique, peut être considérée comme le premier degré de la psychose; car des extravagances de toutes sortes peuvent se produire autant dans le domaine intellectuel que dans le domaine sentimental et le domaine moral.

2° Folie hystérique.

A un degré plus élevé se trouve la folie hystérique, qui peut se présenter sous la forme maniaque ou sous la forme mélancolique.

Forme maniaque. — Elle est surtout caractérisée par un besoin incessant d'activité et de mouvement; une véritable incoordination motrice qui pousse les malades aux actes les plus extravagants, les plus déraisonnables et parfois les plus nuisibles.

Ainsi nous signalons une tendance irrésistible à frapper, à détruire, à déchirer, à mordre, et à injurier et à quereller. Il existe une véritable folie des actes.

Quelquefois il existe aussi un véritable délire de paroles. Marcé, Falret¹, Legrand du Saulle² ont parfaitement mis en évidence ce

1. JULES FALRET. *Maladies mentales; Études cliniques*, 1889.

2. LEGRAND DU SAULLE. *Les Hystériques; État physique et état mental*. J.-B. Baillière, Paris, 1885.

phénomène. Les malades ont partiellement conscience de leur état ; mais ils sont dans l'impuissance de se maîtriser. En même temps qu'ils font de grands éclats de voix, ils éprouvent le besoin de tout briser. Ils savent que leur conduite est déplorable, mais ils ne peuvent faire autrement ; quelque chose de plus fort que leur volonté les pousse à agir ainsi. On voit quelquefois une véritable folie furieuse s'accompagnant d'hallucinations terrifiantes, d'autres fois une folie religieuse avec extase.

La marche de ces accès maniaques est quelquefois influencée par le retour de la période menstruelle, qui est le signal d'une recrudescence d'agitation et d'excentricités. La manie est ou intermittente ou simplement rémittente, ou bien elle alterne avec des phénomènes d'une autre nature. La guérison peut se produire, mais généralement l'accès maniaque est remplacé par d'autres accidents hystériques.

Forme mélancolique. — Cette forme est plus rare que la forme maniaque et, comme cette dernière, elle emprunte à la folie héréditaire en grande partie sa symptomatologie. Certaines malades ont de l'obtusion intellectuelle accompagnée de larmes, de plaintes, sans conceptions délirantes bien définies ; d'autres sont en proie à des scrupules et s'accusent de crimes qu'elles n'ont pas commis ; d'autres manifestent une propension irrésistible au suicide. Ici les idées de suicide naissent tout d'un coup. C'est une secousse, une impulsion automatique non motivée. Dans certains cas, les malades menacent de se suicider pour attirer l'attention des spectateurs et se rendre intéressantes.

Des hallucinations et des illusions pénibles accompagnent parfois la mélancolie hystérique. Certaines malades entendent des voix qui leur disent : coupe-toi le cou, va te jeter à l'eau, etc. Marcé a cité l'observation de six malades qui se croyaient entourées d'hommes qui voulaient cohabiter avec elles et les provoquaient.

Certaines malades croient fermement avoir subi tous les outrages et se plaignent amèrement de leurs supplices. Des sensations génitales sont très nettes dans certains cas, et il n'est pas rare de voir des jeunes filles accuser certaines personnes de les avoir violées et provoquer au tribunal des scènes scandaleuses. D'autres jeunes filles, sans éprouver ces sensations, soutiennent les mêmes accusations par besoin de faire du mal à autrui, ou par vanité, ou pour satisfaire ce besoin d'attirer l'attention du public dont nous parlions tout à l'heure.

Quand il existe en même temps des idées mystiques et érotiques, comme dans l'épidémie de Loudun (1652) et d'Aix (1609), les jeunes filles accusent le diable de tous ces méfaits et se figurent cohabiter

avec lui (succubes et incubes). L'état de suggestibilité des hystériques explique facilement ces épidémies.

Indépendamment de ces variétés de folie hystérique, nous pouvons voir le délire de persécution.

Cette coexistence des deux délires chez un même individu, déjà mise en évidence par Magnan, est du plus haut intérêt à connaître au point de vue de la marche et de la terminaison de la maladie. Elle nous explique les rémissions et les guérisons de certaines paranoïas que l'on croyait incurables.

Ces formes maniaques et mélancoliques que nous venons de décrire rentrent dans les cadres de la folie avec conscience, de la folie morale, de la folie hypocondriaque, c'est-à-dire de la dégénérescence mentale; mais l'hystérie leur donne un cachet particulier. Quelquefois c'est l'élément dégénératif qui domine et d'autres fois, c'est l'élément hystérique, suivant que les hallucinations sont plus ou moins actives.

Chorée.

La chorée ou danse de Saint-Guy apparaît très fréquemment à l'époque de la puberté et peut se montrer à plusieurs reprises différentes pendant toute la période pubérale. Ces rechutes, d'après mes observations, coïncident chaque fois avec des poussées de croissance. C'est une maladie héréditaire, surtout à hérédité de transformation. Son début est souvent marqué par le défaut de l'attention, par l'impressionnabilité du sujet; ou du moins ce sont des phénomènes qui frappent l'entourage et surtout le professeur pour qui les petits mouvements des muscles ou les grimaces du visage passaient inaperçus. Cette excitabilité et cette impressionnabilité vont en augmentant à mesure que les mouvements deviennent de plus en plus incoordonnés et il arrive un moment où le sujet, entraîné par son défaut d'attention, ne peut plus évoquer ses souvenirs, ce qui donne à toute sa physiologie un aspect niais et hébété. Des hallucinations terrifiantes de la vue peuvent se montrer et se prolonger pendant la nuit. Elles entretiennent alors les mouvements désordonnés du malade pendant le sommeil; ceux-ci disparaissent quand le sommeil est profond. Quelquefois un véritable délire hallucinatoire aigu peut se former et constituer l'état de mal choréique dont la terminaison est mortelle.

Toutes les formes délirantes peuvent se présenter: la forme maniaque, la forme mélancolique, la forme anxieuse ou stupide, les idées de suicide et de persécution. Mais toutes ces variétés de délire n'ont rien de spécial; elles revêtent le cachet des délires de la dégénéres-

cence mentale dont la névrose elle-même relève, et en particulier celui de l'hystérie (voir Joffroy, *Semaine méd.* 1885 et Breton, Thèse, Paris, 1895).

Il n'est pas rare non plus de voir un véritable état de confusion mental alternant avec un état d'exaltation avec rire, mais suivi de tristesse.

Épilepsie.

L'épilepsie est une maladie héréditaire, plus fréquemment similaire qu'on ne le pense, car cette hérédité est souvent anticipée. Les parents n'éprouvent souvent les premiers accidents de cette névrose que longtemps après la naissance des enfants. J'ai trouvé dans mon service à la Salpêtrière au moins 1 cas sur 50.

L'hérédité similaire indirecte est assez fréquente, d'après les statistiques de MM. Féré¹, Bourneville² et Echeverria³.

L'hérédité de transformation est la plus habituelle. Toutes les maladies nerveuses et mentales, les intoxications chroniques, l'alcoolisme, le saturnisme, la syphilis tiennent le premier rang.

Voici les antécédents que je trouve sur 185 enfants de mon service :

- 55 fois alcoolisme des parents ;
- 55 fois alcoolisme et maladies mentales ;
- 26 fois maladies mentales ;
- 7 fois rien dans les antécédents ;
- 82 fois pas de renseignements.

Des troubles fœtaux, des troubles infantiles, des traumatismes craniens et des chocs psychiques sont signalés aussi comme causes déterminantes.

La puberté aurait pour Lawson Tait, Beau, une influence active, tandis qu'elle serait nulle pour les autres et, en particulier, pour Esquirol.

Wille, sur 19 cas, signale 14 fois le début à la puberté et 5 fois, dans l'enfance.

Sur 185 enfants, je trouve 115 fois le début avant 10 ans et 70 fois, après 10 ans.

Friedmann⁴ a observé 1 cas avec influence favorable de la formation menstruelle sur l'épilepsie. Les époques menstruelles, au con-

1. FÉRÉ. Les épilepsies et les épileptiques. Félix Alcan, Paris, 1890.

2. BOURNEVILLE. Comptes rendus de Bicêtre.

3. ECHEVERRIA. Journal of mental Science, oct. 1880. Marriage and hereditariness of Epileptics.

4. FRIEDMANN. Ueber die prim. menst. Psychose. Munich. *Med. Wochenschr.*, 1. u. ff., 1894. — FRIEDMANN. Ueber Nervosität und psychische Störungen im Kinderalter, Munich, 1892.

traire, favorisent l'écllosion des accès. Il n'est pas rare de voir des malades adultes n'avoir des accès épileptiques qu'au moment des règles.

Les troubles intellectuels des jeunes épileptiques sont très variables.

Ils ont été parfaitement étudiés par Wildermuth¹, Schüle, Wille, Bourneville, etc. Les uns ne se manifestent qu'au moment des accès, ce sont des troubles paroxystiques qui tantôt apparaissent avec les accès, les précèdent, les suivent ou les remplacent, et tantôt se produisent dans les intervalles qui les séparent. C'est ce qui constitue la folie aiguë des jeunes épileptiques.

Les autres sont des troubles permanents chroniques qui affectent tantôt le caractère du malade, c'est-à-dire son affectivité et ses inclinations, et tantôt son intelligence. C'est ce qui constitue la psychose chronique des jeunes épileptiques.

1° *Troubles paroxystiques aigus.*

Ces troubles peuvent précéder les accès convulsifs et les vertiges, ou les suivre, ou même les remplacer. Ils sont alors leurs équivalents. Ils peuvent aussi survenir dans un espace intervallaire.

Les troubles psychiques qui précèdent l'accès consistent quelquefois dans un simple changement de caractère. Le jeune malade qui avait plutôt un caractère sombre se trouve à ce moment très heureux. Jamais il ne s'est si bien porté, et il se met à faire des projets d'avenir (euphorie); d'autres fois, c'est une humeur sombre, un caractère grincheux et coléreux qui annonce l'imminence de l'accès. Ces variations dans le caractère de l'individu peuvent se montrer un ou deux jours avant l'accès ou seulement quelques heures, quelques minutes.

Enfin une véritable excitation maniaque, ou au contraire une dépression mélancolique avec idées vagues de persécution, peut précéder l'accès.

Le plus souvent c'est une hallucination, surtout de la vue, qui indique le début de l'accès. Cette hallucination est quelquefois l'aura prémonitrice. Le malade voit un spectre, un objet effrayant, une bête féroce, ou encore un objet gigantesque.

Une odeur désagréable, nauséabonde, ou une hallucination auditive, un coup de sifflet par exemple, ou une aura frigida peuvent remplacer l'hallucination visuelle.

Si l'hallucination ne précède pas immédiatement l'accès, si en un

1. WILDERMUTH dans SCHÜLE. Handbuch der klinischen Psychiatrie, Leipzig, 1886.

mot elle ne constitue pas l'aura, le malade peut se livrer à des gestes ou à des actes excentriques, ou à un délire plus ou moins bruyant.

Pendant l'accès convulsif, la folie ne peut se produire; mais quelquefois, avant la période de stertor, un délire maniaque peut se produire pendant plusieurs minutes et se terminer par un sommeil profond, stertoreux.

La période convulsive peut être remplacée par une crise maniaque violente qui peut durer plusieurs heures ou plusieurs jours, pendant laquelle le malade est des plus dangereux. Il casse et brise tout, et chose digne de remarque, on peut souvent obtenir du malade une réponse lucide pendant cette agitation extrême.

A la place de cette manie on constate quelquefois une impulsion subite, instantanée à l'homicide, au suicide, au vol, à l'incendie, à un acte obscène, etc., ou encore une fugue inconsciente (épilepsie larvée).

La folie consécutive à l'accès peut être constituée par une crise d'excitation très vive avec loquacité, colère, emportement, impulsions, fureur, ou bien par une dépression mélancolique allant jusqu'à la stupeur et au coma. Au réveil il y a toujours de l'obnubilation plus ou moins prononcée et qui peut persister plusieurs heures ou plusieurs jours.

Lorsque la conscience redevient complète, l'oubli de la crise persiste. L'amnésie épileptique est caractéristique.

Ce qui caractérise la folie épileptique, c'est la répétition des mêmes actes, des mêmes mots, à chaque nouvel accès. Quand on a assisté une fois à ces accès de délire, on peut, en voyant un geste ou en entendant un mot, annoncer ce qui se produira ensuite. Cette répétition du même délire est très nette chez les adolescents et chez certains adultes; mais au fur et à mesure que les individus vieillissent, les phases du délire s'estompent, parce que l'intelligence et la mémoire vont progressivement en s'amoindrissant. Wildermuth attire l'attention sur ce fait et, d'un autre côté, il fait ressortir que la manie furieuse n'existe pas chez les jeunes gens. C'est une opinion que je réfute avec Wille.

2° *Psychose chronique des jeunes épileptiques.*

Cette psychose se développe d'autant plus vite que l'épilepsie s'est montrée plus tôt chez les enfants, et elle se déclare surtout à l'époque de la puberté. Elle frappe l'intelligence et altère les sentiments moraux.

1° *Altération des sentiments.*

Les malades qui étaient jusqu'ici assez dociles, deviennent raison-

neurs, querelleurs, rancuniers. Ils sont très irritables. Un rien les excite et ils deviennent brutaux et violents. Ils perdent tout sentiment affectif pour leurs parents. Ils maltraitent ceux qui sont plus faibles qu'eux, font souffrir les animaux et éprouvent une certaine joie à voir pleurer quelqu'un. Leur égoïsme va toujours en grandissant, tout sentiment altruiste disparaît, et une véritable folie morale peut s'installer. Ces épileptiques forment une classe d'épileptiques dangereux, tant à cause de leur perversion morale que de leurs impulsions à l'homicide, au suicide, à l'incendie ou au vol.

À côté de ces épileptiques dangereux, dénués de sens moral, se trouve une autre catégorie qui ont une certaine bienveillance. Ils sont aussi méfiants et querelleurs et ont des idées vagues de persécution; ils se croient observés, épiés et en butte aux railleries des autres personnes. Ils sont paresseux, fuient tout travail et suivent une vie vagabonde.

Ce sont les *vagabonds épileptiques*. D'après Wildermuth, ceux qui appartiennent à la classe inférieure de la société deviennent vagabonds et voleurs et sont continuellement aux prises avec la justice, ceux qui appartiennent à la classe aisée deviennent fanfarons et vantards et ont des projets d'avenir insensés. « Ces grands hommes présentent le contraste ridicule d'une ambition excessive avec une pauvreté réelle de l'intelligence. » Les jeunes filles ont une tendance à la sentimentalité. Elles jouent les opprimées, supportant les injustices du monde. Un trait commun aux malades des deux sexes « est la ténacité importune de ces jeunes épileptiques; ils répètent leurs plaintes continues, toujours les mêmes, sans tenir compte ni du temps, ni de l'endroit, ni de la personne à qui ils s'adressent ».

C'est également à la puberté que se manifeste le besoin continu de démonstrations religieuses, cette tendance à la piété malade, à cette espèce de religiosité outrée, mêlée de tartuferie.

2° *Altération de l'intelligence.*

La mémoire s'affaiblit la première, surtout pour les faits éloignés; c'est ainsi que l'adolescent perd petit à petit toutes les notions qu'il avait acquises à l'école. Les associations d'idées sont plus difficiles, et les perceptions se font plus péniblement. Cette faiblesse intellectuelle va progressivement en augmentant et est traversée par des états de stupeur et d'obnubilation plus ou moins longue à la suite des accès. Enfin, à un moment donné, la démence arrive, mais par bonds, et cette démence se manifeste surtout chez les épileptiques qui ont des accès en série, et surtout des états de mal. Après chaque série prolongée ou chaque état de mal la démence progresse. L'état

crépusculaire ou d'obnubilation intellectuelle, consécutif à chaque accès sériel, dure quelquefois plusieurs jours, plusieurs semaines, pour disparaître enfin et, à sa suite, l'intelligence et les sentiments réapparaissent, mais toujours de plus en plus affaiblis. En même temps que ces phénomènes de régression mentale, nous constatons de la paralysie ou plutôt de la parésie des membres s'accompagnant toujours de raideur, de contracture, avec exagération des réflexes. Les phénomènes de paralysie et de contracture sont très accusés pendant l'état crépusculaire qui suit les séries d'accès, ils diminuent peu à peu pour faire place à la parésie et à la raideur articulaire toujours accompagnée d'exagération des réflexes, mais à un état moindre¹.

L'embarras de la parole et la contracture de l'orbiculaire des lèvres, ainsi que la démarche spasmodique, sont caractéristiques. Indépendamment de cette démence paralytique spasmodique, on voit une démence simple ou affaiblissement progressif des facultés qui, par bonds également, évolue très lentement et ne se termine que dans l'âge adulte, à une époque encore avancée, sans présenter de phénomènes somatiques.

Enfin Régis, Joffroy et Toulouse² ont signalé des cas de paralysie générale progressive chez des épileptiques à l'âge de la puberté.

V. PSYCHOSES PAR INTOXICATION

Les psychoses par intoxication ne présentent rien de particulier à l'âge de la puberté. Leur apparition, seulement sous l'influence d'une petite dose de poison, suffit pour prouver la prédisposition héréditaire. Les phénomènes symptomatiques revêtent surtout, comme chez les adultes, l'apparence du délire onirique et de la confusion mentale avec des hallucinations des sens plus ou moins accusées suivant la quantité du poison ingéré et la qualité de ce poison.

Nous devons distinguer : 1^o les intoxications proprement dites ; le poison arrive de l'extérieur criminellement ou accidentellement par usage professionnel (travail dans les ateliers et usines), ou thérapeutiques ;

2^o Les auto-intoxications ; le poison se forme dans l'organisme même par les fermentations gastro-intestinales ou par insuffisance d'élimination des déchets de l'économie ;

3^o Les toxi-infections ; les poisons sont formés dans les maladies in-

1. JULES VOISIN. *Annales méd.-psych.*, 1899, et *Gaz. hebdom.*, 1900.

2. TOULOUSE. *Annales méd.-psychol.*, 1900.

fectieuses par des bacilles spéciaux (bacilles de la fièvre typhoïde, de la grippe, de la diphtérie, de la scarlatine, des fièvres éruptives, du rhumatisme aigu, etc.).

Les auto-intoxications et les toxi-infections n'ont rien de spécial dans leurs manifestations symptomatiques. On ne peut les distinguer les unes des autres. La confusion mentale avec un délire onirique, c'est-à-dire analogue au rêve, est la formule générale de ces intoxications. On a signalé cependant une amnésie particulière à la fièvre typhoïde, et un état de stupeur fréquent à la suite de l'infection grip-pale¹.

Les intoxications proprement dites peuvent se différencier les unes des autres : ainsi les solanées vireuses, l'iodoforme produisent des hallucinations visuelles terrifiantes; l'acide salicylique provoque de l'ébriété sans hallucination; l'éther donne une ivresse gaie, tandis que le chloroforme donne plutôt une ivresse triste et silencieuse.

L'alcool est le poison qui a été le mieux étudié. On distingue trois formes d'empoisonnement : la forme aiguë, alcoolisme aigu ; la forme subaiguë, alcoolisme subaigu ; la forme chronique, alcoolisme chronique.

M. Joffroy, dans ses leçons cliniques faites à l'asile Sainte-Anne (1897), attira surtout l'attention sur la quantité du poison absorbé par rapport à l'âge. La dose d'alcool hygiénique est de un centimètre cube par kilogramme. Si on dépasse cette dose, les effets toxiques apparaissent aussitôt.

La qualité de l'alcool doit aussi être prise en considération. Celui qui est chargé d'huile essentielle est bien plus dangereux que celui qui est pur, c'est-à-dire indemne de ces huiles essentielles.

Dans l'alcoolisme, le terrain joue un rôle considérable.

Tous les névropathes, quelle que soit leur hérédité nerveuse ou mentale, sont prédisposés à cette intoxication. Dans la moitié des cas on retrouve chez les ascendants les mêmes prédispositions et c'est surtout au moment de la puberté que se développe cette tendance similaire (Krükenberg).

Médecine légale.

Nous n'avons pas, comme chez l'adulte, à nous occuper de la responsabilité civile des jeunes gens. La loi française, en effet, fixe à 21 ans le droit de tester ou de faire donation, tandis qu'elle fixe à

1. KALISCHER. *Arch. f. Psych.*, 1896.

16 ans la responsabilité criminelle. (Certains criminalistes demandent que la limite d'âge soit portée à 18 ans.)

Nous nous occuperons donc des crimes et délits des jeunes gens. Les crimes et délits les plus fréquents sont le vol, l'homicide et l'incendie.

Nous avons vu au chapitre dégénérescence mentale qu'au moment de la puberté, les stigmates de la dégénérescence mentale s'accusent de plus en plus, et que souvent les premières règles ou la maturité sexuelle chez le garçon sont le signal d'impulsions irrésistibles avec angoisse et sensation de soulagement consécutif à l'acte accompli, ou de manies, de bizarreries, de phobies et d'obsessions des plus pénibles, ou d'aberrations sexuelles.

Il y a lieu de se demander si le crime ou le délit pour lequel on est consulté, ne rentre pas dans le cadre de ces impulsions ou de ces obsessions et pour cela on examinera avec soin :

- 1° Les circonstances de l'acte;
- 2° Les antécédents personnels de l'inculpé;
- 3° Les stigmates physiques;
- 4° Les antécédents héréditaires;
- 5° Et l'état actuel du sujet.

Si on reconnaît que le jeune homme rentre dans ce cadre, il sera soigné dans une maison de santé comme malade et n'aura aucun compte à rendre à la justice. Si, au contraire, il est reconnu coupable, il sera condamné et mis dans une maison de correction, ou plutôt dans une maison de réforme et de préservation.

Le vagabondage, qui a été très longtemps considéré comme étant dû à la paresse, a été très bien étudié, en 1895, par le D^r Pitres. Il a montré qu'il prend sa source le plus souvent dans la dégénérescence mentale, l'épilepsie et l'hystérie, et que la cause déterminante en est souvent la puberté. Il reconnaît plusieurs classes de vagabonds: des délirants proprement dits qui fuient pour se soustraire à leur délire; des dégénérés qui ont conscience de leur état, mais qui fatalement succombent à leur besoin irrésistible de voyager; des épileptiques et des hystériques qui présentent des fugues inconscientes. Tous ces individus sont des malades irresponsables qui ont besoin d'être protégés et soignés.

Le médecin peut encore être appelé à donner son avis sur l'état mental des jeunes gens appelés comme témoins. Leur témoignage est-il bon? On a dit que la vérité sort de la bouche de l'enfant; mais cet aphorisme est loin d'être vrai, aussi bien pour les enfants que pour les jeunes gens. Comme eux, ils sont sujets à l'erreur, à la suggestion, au

mensonge et à la simulation. Il faut donc dans un cas donné, comme pour les crimes et délits, passer en revue les mobiles de la déposition, les antécédents de l'individu, ses stigmates physiques, ses antécédents héréditaires et son état de santé actuel, et on arrivera par déductions logiques à porter un jugement sûr.

Traitement.

Nous avons vu que l'hérédité était le facteur principal des psychoses et que la puberté, avec son développement physique et intellectuel et toutes ses sources de fatigue et de dénutrition, était la cause efficiente. Cette étiologie nous impose un traitement prophylactique, médical et psychologique.

La *prophylaxie* consiste à éviter les mariages entre individus ayant des tares nerveuses et mentales et surtout entre consanguins tarés; à recommander une bonne hygiène pendant la grossesse et à éviter des traumatismes et des maladies infectieuses; à donner une éducation bien entendue aux jeunes gens; à surveiller leur alimentation et leur nutrition; à conseiller une hygiène excellente; à varier les travaux intellectuels et physiques; à empêcher les veilles prolongées et le surmenage. Il faut se rappeler que les émotions vives, les mauvais exemples sont très funestes pour ces jeunes gens dont l'intelligence et les sentiments moraux sont en pleine évolution: aussi une bonne éducation est-elle de la plus haute importance.

Le *traitement médical* consiste d'abord à isoler le malade, le soustraire à son milieu; puis, suivant qu'il y a dépression ou excitation, on instituera un traitement tonique ou calmant. Il faut parvenir à faire dormir le malade et pour cela on lui donnera des médicaments appropriés et on prescrira le séjour prolongé au lit. Ce repos au lit est excellent dans les deux cas (excitation ou dépression); il favorise la régularisation des fonctions cardio-vasculaires et respiratoires.

L'hydrothérapie et l'électricité seront recommandées surtout dans les états dépressifs, tandis que les bains prolongés et les hypnotiques seront conseillés dans les périodes d'excitation.

Traitement psychologique. — Ce traitement n'est autre qu'un traitement moral. Il consiste dans de bons conseils et dans de bons exemples. Mais cette psychothérapie est surtout achevée par la suggestion soit à l'état hypnotique, soit à l'état de sommeil naturel. Elle nous rend de grands services chez les phobes et les obsédés et elle doit toujours être mise en pratique.

CONCLUSIONS

1° On doit entendre par psychoses de la puberté les affections mentales qui se développent dans la période de la puberté, c'est-à-dire entre 14 et 22 ans. Cette période est caractérisée par la maturité sexuelle et le développement physique et intellectuel de l'individu ;

2° Toutes les variétés de psychoses peuvent se montrer à cette époque : l'hébéphrénie comme entité morbide n'existe pas. On doit réserver le nom d'hébéphrénie aux cas de démence. Les psychoses qui se développent au début de l'évolution pubérale sont moins graves que celles qui se développent dans le cours ou à la fin de la puberté. Les premières peuvent être appelées psychoses de la puberté, tandis que les autres seraient les psychoses de l'adolescence ;

3° La prédisposition héréditaire est la cause prédominante de ces affections ; c'est l'association du développement intellectuel incomplet de l'individu avec l'hérédité qui donne à la maladie son cachet dit hébéphrénique ;

4° Les psychoses pures, ou plutôt celles qui se rapprochent le plus des formes pures, présentent des tableaux atypiques, des formes mixtes qui guérissent dans plus de la moitié des cas ;

5° La mélancolie apparaît le plus souvent sous la forme grave de la stupeur, s'accompagnant d'actes impulsifs, d'obsessions et d'hallucinations impératives dirigées contre la vie du malade et de son entourage. On signale en même temps très souvent le mysticisme et l'onanisme ;

6° La manie se présente rarement sous la forme bénigne ; elle revêt le plus souvent le caractère de la moria et présente aussi beaucoup d'éléments impulsifs ;

7° La démence précoce (hébéphrénie), décrite par Kahlbaum et Hecker, se présente sous deux formes : une grave et une légère. La forme grave peut offrir les symptômes de la stupeur, de la démence, de la catatonie, de la confusion mentale. C'est ce qui en rend le diagnostic difficile. La forme légère ou démence précoce simple (stigmaté de dégénérescence mentale, Morel) doit être distinguée de la paralysie générale progressive et de la démence épileptique spasmodique ;

8° La confusion mentale présente un délire de rêve ou délire onirique, qui a beaucoup d'analogie avec le délire alcoolique. Ce délire onirique est la caractéristique des psychoses d'auto-intoxications, et il est presque sûr que les troubles de la nutrition de l'adolescence sont les causes de ce délire.

La guérison arrive dans la moitié des cas; elle est annoncée généralement par des crises, sueurs, diarrhées, salivation, menstrues, abcès, furoncles, etc., et l'on constate presque toujours de l'amnésie rétro-antérograde, comme dans les cas de psychose polynévrotique;

9° La paralysie générale progressive juvénile se distingue de la paralysie générale progressive de l'adulte par l'absence d'idées de grandeur et de délire ambitieux et par sa marche plus lente. Un grand nombre d'auteurs lui assignent comme étiologie la syphilis héréditaire;

10° Les psychoses dégénératives et les neuro-psychoses sont les plus fréquentes; elles reparaissent généralement à l'âge adulte;

11° La médecine légale des psychoses de la puberté est soumise aux règles ordinaires de la médecine légale des aliénés; mais les cas relatifs à la capacité civile sont écartés, puisque la loi française ne reconnaît pas la capacité civile avant 21 ans. Il n'y a qu'à considérer les cas concernant la responsabilité criminelle, qui est fixée à 16 ans.



PRONOSTIC ÉLOIGNÉ DES PSYCHOSES DE LA PUBERTÉ

par M. le docteur A. CULLERRE.

Directeur-médecin de l'asile d'aliénés de La Roche-sur-Yon.

Je me propose d'étudier sommairement, dans cette note, l'évolution de l'affection mentale, quelle qu'en soit la forme, qui prend naissance à l'âge pubère et d'en suivre les manifestations diverses à travers l'existence entière de l'individu; en d'autres termes, d'établir le pronostic éloigné des psychoses de la puberté. Toutefois, avant d'entrer au vif du sujet, quelques considérations générales me paraissent nécessaires.

I

GÉNÉRALITÉS SUR LES PSYCHOSES DE LA PUBERTÉ.

A. — La folie de la puberté est un produit hâtif de la dégénérescence, dégénérescence due le plus souvent à un concours de causes très énergiques; d'où la précocité de ses manifestations. Ces causes, qui se combinent en nombre et en proportion variables, sont principalement :

1° *L'hérédité.* Sur 84 cas où l'anamnèse a pu être établie plus ou

moins, nous avons trouvé : 25 fois l'hérédité directe (du père 10 fois, de la mère 15 fois, des deux parents 2 fois) ; 7 fois l'hérédité atavique (de l'aïeul paternel 4 fois, de l'aïeul maternel 5 fois) ; 57 fois l'hérédité collatérale, cette dernière, le plus souvent, accumulée, frappant plusieurs membres de la famille. Si à ces chiffres nous joignons 2 cas de consanguinité des parents et où par conséquent il est permis d'invoquer les effets de l'hérédité latente, nous trouvons 71 faits d'hérédité sur 84, soit une proportion de 85 pour 100. J'ajoute que même dans certaines familles où la prédisposition héréditaire n'a pas été relevée, j'ai constaté des tares d'un autre ordre : stigmates moraux ou physiques d'une signification non équivoque, âge avancé des parents au moment de la conception, etc.

2° *L'état d'intoxication des parents* au moment de la conception. Je veux surtout parler de l'alcoolisme. Dans plusieurs de mes observations on note expressément l'alcoolisme invétéré du père à l'époque où l'enfant a été engendré. On sait que l'action dystrophique des intoxications et des infections sur l'évolution du germe ne borne pas ses effets à la période intra-utérine, mais qu'elle peut les faire sentir pendant toute la période de développement.

3° *L'état d'infection des parents*, principalement par la tuberculose. Nombre d'aliénés pubères appartiennent à des familles de tuberculeux. Dans plusieurs de mes observations se trouve spécifié que le père et plus souvent la mère ont succombé à la phtisie pulmonaire peu après la naissance du sujet.

4° *Une intoxication ou une infection du sujet lui-même* antérieurement à l'explosion des accidents psychiques. Cet état toxi-infectieux est réalisé le plus souvent par les tuberculoses locales et la scrofule (adénites, tumeurs blanches, otites, ophtalmies, bronchites répétées, éruptions diverses) ; la fièvre typhoïde, particulièrement dangereuse à cause des accidents cérébraux qui l'accompagnent et qui sont parfois le point de départ des troubles mentaux ultérieurs ; l'érysipèle de la face ; le rhumatisme articulaire aigu ; les fièvres éruptives, les fièvres paludéennes, la diphtérie, etc. Dans d'autres cas, la toxi-infection, de nature indéterminée, s'est déjà révélée par des symptômes significatifs tels que : convulsions de l'enfance, pseudo-méningites, paralysies, contractures spasmodiques, tics, maux de tête, névralgies, crises d'hystérie ; ou encore par un arrêt de développement organique, ou par ces menus accidents répétés qui constituent l'état que l'on désigne habituellement sous le nom d'*enfance débile, enfance malade*.

5° *Un ensemble de mauvaises conditions hygiéniques*. Ce facteur paraîtra d'une réelle importance si l'on observe que la fréquence de la

folie est plus grande chez les adolescents pauvres plus exposés aux intempéries, aux insolations, pourvus d'une nourriture parfois insuffisante et de qualité inférieure, soumis souvent à un surmenage physique d'autant plus nocif qu'ils sont plus débiles.

Ces diverses influences se combinent plus ou moins pour réaliser un état de dégénérescence qui se traduit par des stigmates somatiques et psychiques accumulés et par un manque d'harmonie dans le développement organique, le plus souvent retardé, plus rarement partiellement accéléré. Sur ce terrain ainsi préparé et bouleversé en outre par la poussée climatérique de la puberté dont la conséquence n'est peut-être rien autre chose qu'un état particulier d'auto-intoxication, les troubles psychiques se développent, soit spontanément, soit sous l'influence de la cause occasionnelle la plus légère.

B. — Les psychoses de la puberté ne diffèrent pas sensiblement, au point de vue clinique, de celles qui se développent un peu plus tard. On y observe :

1° La *manie* que colore chez les garçons une mimique provocante et des divagations fanfaronnées, et chez les filles un érotisme poussé parfois jusqu'à l'obscénité.

2° Les *délires polymorphes* des héréditaires dégénérés (délires religieux, ambitieux, de persécution avec hallucinations multiples, alternatives d'excitation et de dépression, etc.).

3° La *confusion mentale* avec ou sans stupeur cataleptiforme et le syndrome décrit par Kahlbaum sous le nom de *catatonie*, qui, bien que plus fréquent à cet âge, ne lui est point spécial.

4° Les *obsessions conscientes* avec ou sans *impulsions irrésistibles*, accompagnées de dépression mélancolique ou d'excitation maniaque. Si, en effet, les obsessions et en particulier la folie du doute peuvent se manifester longtemps avant l'âge de la puberté, ce n'est guère qu'à ce moment qu'elles prennent véritablement le caractère d'une maladie mentale.

5° La *démence précoce*, primitive ou consécutive à une phase vésanique, à invasion brusque ou plus ordinairement progressive.

Parfois, on rencontre des sujets qui réalisent en quelque sorte la synthèse de ces divers troubles psychopathiques. Ils commencent, vers 10 ou 12 ans, par une phase de folie du doute, continuent vers 14 ans par une phase raisonnante avec modification de l'humeur et du caractère, instabilité mentale, impulsion au vagabondage, mysticisme, tendance aux excès bacchiques, à l'érotisme, à la coquetterie, à l'hystérisme. Vers 17 ou 18 ans, sous l'influence de la poussée pubère, les troubles psychiques aigus éclatent et aboutissent enfin à la démence

précoce soit dès le premier accès, soit au bout du second, plus rarement du troisième.

C. — Dans le cours de ma pratique déjà longue, j'ai observé un assez grand nombre de psychoses de la puberté. En mettant de côté les cas entachés de faiblesse d'esprit caractérisée, d'épilepsie et de folie morale, j'ai réuni 120 observations d'individus âgés de 15 à 18 ans qui m'ont fourni les éléments de cette étude. La période d'observation comprise entre 15 et 18 ans est évidemment un peu arbitraire, les phénomènes physiologiques qui constituent l'établissement de la puberté (spermatogenèse, menstruation, développement organique) n'étant pas rigoureusement circonscrits à cette période; mais il fallait se limiter et d'ailleurs l'objection perd toute son importance en présence de ce fait que les psychoses de la puberté n'ont aucun caractère spécifique.

Nos 120 cas se répartissent par sexe de la façon suivante : 65 garçons, 57 filles. Au point de vue de l'évolution du mal psychopathique, ils se divisent en cinq groupes que nous allons analyser successivement et dont voici l'énumération :

- 1° Démences précoces;
- 2° Psychoses intermittentes ou périodiques;
- 3° Psychoses simplement récidivantes;
- 4° Psychoses avec conscience (obsessions et impulsions irrésistibles);
- 5° Psychoses ayant guéri, dont les sujets n'ont pu être suivis après le premier accès.

Enfin nous signalerons, pour mémoire, 5 cas (garçons) où le premier accès de folie de la puberté s'est terminé par la mort. Ces cas, qui ne suggèrent aucune remarque particulière, trouveront leur place dans la statistique que nous établirons en vue de nos conclusions.

II

DÉMENCES PRÉCOCES.

Ce premier groupe se compose de 55 sujets, — 19 garçons et 14 filles, — ce qui confirme l'opinion de Skae que la folie de la puberté est plus grave dans le sexe masculin. Ces observations présentent entre elles des différences plus ou moins considérables au point de vue du début, de l'aspect clinique et de l'évolution de la maladie.

En général, plus l'apparition des troubles mentaux est précoce et plus la démence arrive rapidement; elle ne se fait pas attendre plus de quelques mois chez des sujets de 15 à 16 ans.

Dans une première forme, on voit la démence survenir d'emblée, mais insidieusement et progressivement. Le sujet, en général peu intelligent, tombe dans l'apathie, l'indifférence et l'hypocondrie; peu à peu cet état de passivité physique et morale s'entrecoupe de courtes explosions de manie instinctive (fureur, méchanceté, langage grossier et obscène, actes de violence et de destruction); enfin le malade engraisse, devient gâteux d'une façon accidentelle ou continue et vivra désormais d'une existence purement végétative.

Dans une deuxième forme, le mal commence par une période d'obsessions et de folie du doute; le malade manifeste des phobies, des scrupules, fait sans cesse des questions saugrenues. A cette phase dépressive en succède une autre caractérisée par un besoin instinctif de locomotion et de vagabondage, des fugues sans motif, un appétit irraisonné de lectures et d'occupations intellectuelles ou un besoin d'isolement et de vie contemplative et mystique. Il se produit des troubles fréquents de la nutrition, des alternatives d'embonpoint et d'amaigrissement, des troubles neurasthéniques et de l'hypocondrie. Enfin éclate la crise de trouble aigu de forme maniaque avec hallucinations, confusion profonde des idées, stupidité, puis affaiblissement rapide de l'intelligence avec apathie et gâtisme.

Ces phases se déroulent en général dans un espace de plusieurs années; chacune peut être incomplète, abrégée ou manquer complètement.

Chez les filles la série des phénomènes peut revêtir un aspect spécial tout en se déroulant à peu près de la même façon. Il se produit d'abord des troubles du caractère, des accidents hystérisques, des congestions céphaliques répétées au moment de l'instauration menstruelle. Puis viennent des périodes de neurasthénie, d'hypocondrie, de dépression mentale, toujours en rapport avec une menstruation pénible et irrégulière. Enfin éclate avec violence la crise délirante avec hallucinations, zoopsie, trouble profond de la conscience, alternatives d'excitation et de stupeur. Le tout se termine comme précédemment par une démence profonde avec gâtisme.

Dans une troisième forme, on a affaire au syndrome désigné sous le nom de *catatonie*. Les prodromes peuvent manquer ou sont très brefs. Il s'agit ou d'alternatives d'agitation expansive avec délire le plus souvent de couleur religieuse et de stupeur extatique avec troubles vasomoteurs, ou simplement de stupeur cataleptiforme pure avec folie d'opposition. Tantôt l'accès guérit, mais est suivi d'une ou plusieurs rechutes; tantôt il passe à l'état chronique. Dans les deux cas il se termine par une démence profonde quand la phtisie pulmonaire ne

vient pas clore prématurément la série des phénomènes mentaux.

Une quatrième forme est caractérisée par l'explosion successive, à intervalles plus ou moins éloignés (ces intervalles peuvent être de plusieurs années), d'accès maniaques intenses. Le premier guérit vite et bien; mais après le second, plus rarement après le troisième, la démence s'installe progressivement avec tous les signes habituels de l'oblitération précoce de l'intelligence.

Enfin, dans une cinquième forme, on a affaire au délire systématisé des dégénérés caractérisé par des idées de persécution et de grandeur, ou des idées mystiques et religieuses avec hallucinations; ce délire s'installe à l'état chronique; l'intelligence s'affaiblit peu à peu, mais la démence n'est jamais aussi complète que dans les formes précédentes et conserve comme un reflet de la couleur délirante primitive.

Au point de vue statistique, nos observations se répartissent ainsi:

La démence précoce s'est manifestée dès le premier accès chez 18; à la suite du second chez 9; à la suite du troisième chez 2. Chez 4 malades, l'accès pubère a passé à l'état chronique sous forme de délire systématisé secondaire. Soit au total 55 cas, dont 22 d'incubité dès le premier accès.

III

FOLIES PÉRIODIQUES.

Dans 20 cas (10 garçons, 10 filles), l'accès de la puberté a été la première manifestation d'une folie périodique ayant continué son évolution pendant tout le cours de l'existence. Dans ce groupe, toutes les formes de la folie périodique ou intermittente sont représentées.

Il y a lieu d'observer, toutefois, que la périodicité ne s'est pas toujours établie d'emblée avec ses caractères ultérieurs, et que ce n'est que peu à peu et après un certain nombre d'accès, que le type s'est dégagé dans toute sa pureté.

Chez les uns, durant la phase d'excitation, le trouble mental est profond, s'accompagne de phénomènes stuporeux, de confusion mentale passagère, d'hallucinations et d'impulsions violentes. Chez les autres, on a affaire à quelque échantillon du délire polymorphe des dégénérés; chez d'autres, les premières crises, de forme maniaque, prennent une intensité inusitée et se prolongent au delà des limites habituelles. Chez quelques-uns, chaque grand accès se compose d'une série d'alternatives d'excitation et de dépression de courte durée. Ce n'est que peu à peu que la maladie s'épure, pour ainsi dire, pour revêtir au bout de quelques années une des formes classiques: folie à

double forme, folie circulaire, manie ou mélancolie intermittentes.

La forme circulaire est fréquente; elle se présente sous l'aspect de phases d'excitation et de dépression sans intervalles lucides, se répétant d'une façon indéfinie. Elle s'accompagne en général d'une certaine déchéance intellectuelle. Après le premier accès l'intelligence est demeurée affaiblie; le malade, resté apathique et indifférent, n'a jamais repris pleine possession de lui-même.

Au nombre des faits les plus intéressants je compte un cas de mélancolie intermittente: accès se présentant exclusivement sous l'aspect d'une dépression profonde avec apathie et hypocondrie morale dégénérant en stupeur. Ces accès, d'une durée assez longue, étaient séparés par de longs intervalles lucides.

Dans un autre cas il s'agit d'une stupeur catatonique intermittente: envahissement progressif de la stupeur, trouble partiel de la conscience, craintes fantastiques, immobilité avec raideur musculaire tétanique; pendant des journées entières le malade se tient sur une seule jambe ou sur le bout des orteils dans une attitude forcée; folie d'opposition, masturbation, malpropreté, impulsion à tripoter des ordures. Quand j'ai perdu ce sujet de vue, la maladie durait depuis douze ans et en était à son dix-huitième accès. Chaque accès avait une durée de deux à six mois.

J'observe depuis plus de trente ans un cas type de folie à double forme dont le premier accès a débuté à 16 ans.

IV

RÉCIDIVES A ÉCHÉANCES VARIABLES.

Ce groupe de 25 malades, — 14 garçons et 11 filles, — diffère du précédent en ce que chez les sujets qui le composent, les récidives sont bénignes, plus ou moins espacées, séparées parfois par un grand nombre d'années avec état mental correct dans l'intervalle.

Chez 14 il n'a été relevé qu'une récidive, mais la plupart de ces malades n'ont pu être suivis au delà de cette période de leur existence. Dans un cas cependant, nous pouvons signaler un intervalle de 12 ans entre les deux accès.

Chez 4, j'ai constaté 2 récidives. L'un d'eux — une fille — est tombée dans la démence après le troisième accès, quinze ans après le premier. Une autre fille, à 40 ans, en était seulement à son troisième accès qui a guéri.

Par contre un garçon, à 19 ans, en était déjà à sa troisième réci-

dive. Un autre est mort de phtisie après la seconde. Un homme, à 50 ans, faisait sa cinquième crise.

4 ont eu plus de 3 récidives. Un garçon à 22 ans avait eu déjà 4 accès. Particularité curieuse, depuis sept ans il n'a pas fait de nouvelle rechute et s'est marié dans l'intervalle.

Chez cette catégorie de malades, en général, le trouble mental se présente sous l'aspect d'un accès franc, le plus souvent de forme maniaque simple sans idées systématiques. L'invasion est prompte, la durée médiocre, quelquefois courte, la guérison s'établit franchement; mais il y a d'importantes exceptions.

V

FOLIES AVEC CONSCIENCE (OBSESSIONS ET IMPULSIONS).

Dans 9 cas, — 5 garçons, 6 filles, — les obsessions mentales conscientes et les impulsions irrésistibles avaient pris, au moment de la spermatogenèse ou de l'instauration menstruelle, les véritables caractères d'une psychose. Ces syndromes en général, sauf l'exhibitionnisme, préexistent à la puberté et naissent vers 11 ou 12 ans; mais, au moment de l'adolescence, ils s'exaspèrent et peuvent s'accompagner de mélancolie anxieuse ou d'excitation maniaque. La dépression accompagne de préférence le doute, l'aboulie, l'état scrupuleux, la crainte des contacts, l'onomatomanie, l'impulsion au suicide; l'excitation, parfois poussée jusqu'à la fureur, complique plutôt l'impulsion à l'homicide, l'exhibitionnisme, la dipsomanie, la pyromanie et l'impulsion au vol.

Comme la plupart des jeunes aliénés pubères, ces sujets offraient des stigmates physiques de dégénérescence. Chez une fille de 18 ans, d'aspect bien développé cependant, j'ai constaté la persistance d'une dent de lait.

Les obsessions et impulsions conscientes se combinent souvent avec la folie morale et surtout avec l'hystéro-épilepsie; d'où la coexistence, dans cette dernière alternative, de deux sortes d'accidents mentaux: l'état d'obsession et d'impulsion avec conscience et le délire de l'attaque qui revêt de préférence la forme maniaque et reflète dans une certaine mesure les préoccupations obsédantes des malades. Deux de mes malades, mal réglées, atteintes de pyromanie, avaient allumé plusieurs incendies, chacun de ces actes impulsifs ayant coïncidé avec une époque menstruelle: dans leurs crises délirantes de l'attaque hystérique, elles se voyaient entourées de flammes ou s'entendaient condamner à mort.

Chez quelques-unes de ces malades, notamment les grandes hystériques, une amélioration réelle et prolongée a succédé à la crise de la puberté. Leur sort ultérieur m'est resté inconnu. Chez les autres, au contraire, le trouble mental a persisté et avec les années s'est transformé en psychose véritable de forme mélancolique avec conservation partielle de la conscience.

VI

MALADES PERDUS DE VUE APRÈS LA GUÉRISON DU PREMIER ACCÈS.

Dans 50 cas, — 14 garçons, 16 filles, — le sort des malades est demeuré inconnu après la guérison du premier accès de folie. Cependant les observations de cette catégorie ne sont pas dénuées de tout intérêt pour le sujet qui nous occupe; car, grâce aux éléments qu'elles nous fournissent, il n'est pas impossible d'établir une hypothèse plausible sur l'avenir des individus qu'elles concernent.

En effet, dans la plupart de ces observations, on trouve notés des anamnestiques significatifs: hérédité accumulée, stigmates physiques de dégénérescence; accidents névropathiques antérieurs (convulsions, céphalalgies, torticolis, paraplégie hystérique); défauts du caractère, tares morales nombreuses et diverses.

Le mode d'invasion, la forme, les péripéties de la psychose présentent aussi, dans un certain nombre de cas, une physionomie significative. Chez un tiers, les prodromes se sont manifestés plus ou moins longtemps avant l'explosion du délire: plusieurs mois, deux ans, trois ans. Chez les filles, chaque période menstruelle était l'occasion d'une altération passagère des facultés, d'une modification profonde du caractère, d'accidents hystériformes, du retour d'obsessions et d'impulsions, en un mot, d'une petite crise mentale. Chez les garçons, on trouve notées la tendance au vagabondage, à la solitude, à l'hypochondrie, les obsessions. Chez les deux sexes, les tendances érotiques et mystiques et parfois des hallucinations passagères de nature religieuse.

Chez un certain nombre de ces malades, la forme de la psychose rappelle les formes graves que nous avons vues précédemment être suivies d'incurabilité ou de chronicité: crises maniaques ou panophobiques avec alternatives de stupidité, catatonie de Kahlbaum, démence aiguë, délires d'accès ou bouffées délirantes avec leur cortège d'hallucinations, d'idées ambitieuses, religieuses ou de persécution, etc.

Bref, on peut admettre avec la plus grande vraisemblance que le

pronostic éloigné de la folie, pour cette catégorie d'individus, n'est pas meilleur que pour celles que nous avons déjà examinées et que, parmi les malades qui la composent, les uns étaient voués à la démence, d'autres à la folie périodique, d'autres à des rechutes plus ou moins nombreuses, pouvant aboutir à une incurabilité précoce ou tardive.

VII

CONCLUSIONS.

Si, maintenant, nous jetons un regard d'ensemble sur ces diverses catégories d'aliénés pubères, nous pouvons, au point de vue du pronostic, faire quelques remarques importantes.

Nous voyons d'abord que, à ne considérer que l'accès en lui-même, le pronostic de la folie de la puberté est favorable dans une proportion énorme, puisque sur 120 cas, 25 seulement ont eu une terminaison fâcheuse (22 cas d'incurabilité, 5 cas de mort), ce qui laisse une proportion de 79 pour 100 de guérisons.

Mais en revanche, *le pronostic éloigné* de la maladie mentale, dont ce premier accès n'est qu'une manifestation prématurée, est des plus sombres. L'individu qui *guérit* de cette sorte de psychose est voué pour l'avenir aux récurrences, à la démence précoce, aux folies périodiques, aux retours agressifs de la folie des obsessions. Le sort le moins triste qui puisse lui échoir est de voir ses inévitables rechutes réduites à un petit nombre et largement espacées au cours de son existence avec de longues périodes intercalaires de santé psychique plus ou moins parfaite.

Tout sévère que soit le pronostic éloigné de la folie de la puberté, on voit cependant qu'il varie dans de certaines limites et que, du médiocre au pire, il y a pour lui des degrés. Le rôle du médecin devra être de pressentir ces nuances et de chercher à prévoir, d'après l'aspect clinique du mal, quelle en sera l'évolution future ; tâche difficile assurément, mais non toujours impossible.

**STATISTIQUE DES PSYCHOSES DE LA PUBERTÉ A L'ASILE DES ALIÉNÉES
DE BORDEAUX****par M. le docteur PONS,**

Médecin en chef de l'asile d'aliénées de Bordeaux.

Je viens présenter quelques remarques sur les jeunes aliénées, âgées de moins de 25 ans, qui ont été traitées à l'asile de Bordeaux depuis l'année 1892.

Pour être bref, je m'abstiendrai d'insister sur les faits individuels et me bornerai à jeter un coup d'œil rapide sur les formes cliniques observées dans le service.

Le nombre des aliénées, âgées de moins de 25 ans, qui se sont succédé à l'asile est de 76.

Il faut d'abord mettre à part huit de ces malades dont l'observation est incomplète. Je les indiquerai sommairement :

Quatre démentes entrées tardivement dans un état de déchéance mentale avancée. Trois n'ont fait qu'un court séjour; la quatrième a succombé à la tuberculose.

Quatre épileptiques déjà anciennes. Leur histoire, quoique tronquée, n'est pas dénuée d'intérêt.

Une jeune fille de 17 ans, dont les attaques très violentes et bien caractérisées ont été provoquées par une frayeur vive au moment des règles (à 14 ans). Elle n'est restée que peu de temps dans le service; mais elle s'est fait remarquer par des tendances suicides très accentuées à l'époque des crises, ces tendances ont été notées chez les autres malades atteintes du mal caduc.

La seconde, entrée dans un état de démence, avait des attaques rares, violentes, compliquées de dépression mélancolique avec sitiophobie. En dehors de son épilepsie, elle vivait dans une apathie profonde. Le début de la névrose, très ancien, avait été insidieux. La famille avait seulement noté des mictions nocturnes inconscientes.

Une troisième malade, fille d'alcoolique, avait, dès l'âge de 8 ans, de l'incontinence d'urine; mais ce n'est qu'à l'âge de 15 ans, au moment de la menstruation, qu'elle a eu des vertiges quotidiens. Pour le développement mental, c'est une simple, qui connaît sa maladie et s'en préoccupe. Par intermittence elle est, à l'époque des attaques, désordonnée, émotive et réfractaire à tous les soins. Six mois après l'entrée, les attaques disparaissent pour ne plus revenir et font place à une démence agitée avec gâtisme. Elle est, finalement, frappée d'une paralysie atrophique des membres inférieurs, devient grabataire et succombe dans le marasme.

La quatrième épileptique a vu sa névrose guérir avec la puberté. C'est une jeune fille de 12 ans, de père et mère inconnus, élevée dans

un orphelinat. Elle a de nombreux signes de dégénérescence (oreilles déformées, denture crénelée, etc.). Elle est tranquille, très douce, avec un certain degré d'hébétude. Son épilepsie date de la première enfance. Les attaques sont fréquentes, franches, suivies de stupeur.

Entrée le 6 avril 1892, on remarque, dès le mois de juillet, une diminution de la fréquence des accès. En août, elle n'a plus d'attaques, qui sont remplacées par des crises de céphalalgie périodiques et mensuelles. Le 12 avril 1895, notre jeune fille est réglée pour la première fois et, à partir de cette époque, elle jouit d'une santé normale, la fonction menstruelle s'étant établie régulièrement. Elle est active, laborieuse, s'instruit volontiers. Enfin, j'ai dû provoquer sa sortie d'office le 8 février 1894. Elle a été recueillie par des personnes charitables et sa guérison a été définitive.

Les formes vésaniques offertes par les soixante-huit autres malades ont évolué entièrement dans le service.

Elles peuvent se diviser en trois groupes :

Manies	8
Mélancolies	24
Folies hystériques	56

Je m'expliquerai plus loin sur le nom donné au dernier groupe; mais il convient de porter d'abord un coup d'œil rapide sur les manies et les mélancolies. Ces affections présentaient une marche régulière, une forme nettement caractérisée. Elles se sont montrées, comme on voit, en nombre relativement faible.

Les huit maniaques ont donné six guérisons; deux sont sorties améliorées.

Ce premier groupe se distingue à quelques traits saillants. C'est d'abord la violence extrême de l'agitation, marquée par une incohérence absolue de la conduite. Les actes sont de préférence obscènes et érotiques. Les malades ont des hallucinations de l'ouïe et de la vue, souvent mystiques. Quelques-unes ont présenté la forme rémittente et alors l'évolution menstruelle, presque toujours conservée, a marqué une exacerbation dans le trouble mental. J'insisterai sur ce fait que nos maniaques ont été en général bien réglées. Chez deux d'entre elles, la fonction cataméniale a été suspendue pendant deux et trois mois et cet arrêt a coïncidé avec la convalescence qui était déjà établie et qu'il n'a pas entravée. Avec le retour de la santé physique et mentale, la menstruation est revenue, répondant alors à un état physiologique normal.

Sur nos vingt-quatre jeunes mélancoliques, quinze ont guéri. Elles offraient le même tableau clinique, sauf une seule qui s'est distinguée par un délire spécial de nature hypocondriaque. Cette malade avait l'hérédité maternelle très chargée et se faisait remarquer, à 18 ans, par un retard dans le développement physique, accompagné d'une dysménorrhée pénible. Très anémique et émaciée, elle refusait depuis longtemps la nourriture. Elle souffrait d'une dysphagie douloureuse qu'elle mettait sur le compte d'un poison, repoussait tous les aliments qu'on lui offrait après les avoir longuement vérifiés de l'œil et du doigt. Le traitement moral, l'alimentation forcée dans les premiers jours ont relevé promptement la santé physique.

La menstruation est devenue normale et la guérison a été obtenue six mois après l'entrée.

Mais nous avons constaté sensiblement le même syndrome chez les quatorze mélancoliques qui ont guéri.

L'état anxieux en forme le côté saillant et l'on note avec lui des hallucinations de l'ouïe et de la vue toujours pénibles, à caractère mystico-démoniaque, des craintes délirantes, de la stupeur intermittente, la siliophobie, des tendances fréquentes au suicide. Au début, l'alimentation forcée a été nécessaire chez le plus grand nombre.

Chez douze de ces malades, l'évolution menstruelle a offert quelques particularités, soit que l'apparition des règles, qui manquaient depuis l'entrée, ait eu lieu, soit que les menstrues se soient régularisées. Je dois remarquer toutefois, ainsi que je l'ai fait pour le groupe qui précède, que la tournure favorable prise par cette fonction ne paraît pas jouer dans la guérison le rôle d'un agent direct. En effet, ici encore, l'amendement du trouble mental a précédé habituellement le retour des règles et le dernier phénomène aurait, dès lors, la valeur d'une simple restitution de l'état physiologique, correspondant au relèvement de l'économie.

Parmi les huit mélancoliques qui n'ont pas guéri, deux se sont améliorées. La dégénérescence était très accentuée chez ces malades dont le fond intellectuel était pauvre. La stupeur et l'anxiété ont disparu graduellement laissant après elles une débilité mentale irrémédiable, mais compatible avec la vie de famille.

Trois ont suivi les fluctuations d'une vésanie triste, à type franchement rémittent, pour tomber enfin dans une déchéance mentale absolue. Chez l'une d'elles, la menstruation revenue pour un temps a paru, à deux reprises, coïncider avec une amélioration incomplète. Puis elle s'est définitivement supprimée et la démence a fait des progrès rapides.

D'autre part, nous observons encore à l'asile une aliénée qui n'a pas cessé d'avoir ses règles. La fonction cataméniale semble être sans action sur la folie, qui a le type de la chronicité.

Les trois dernières malades du second groupe, toutes démentes, ont succombé à la phtisie.

Les deux premières catégories d'aliénées que je viens de passer en revue sommairement (maniaques et mélancoliques) représentent deux formes mentales nettement définies, toujours semblables à elles-mêmes, qui se prêtent à une description. Il n'en est pas de même de la troisième; les psychoses qu'elle renferme, en nombre bien plus grand, se distinguent nettement par une symptomatologie dérégulée, ne répondant à aucun type clinique.

Les malades ne sont ni des maniaques, ni des hypémaniaques, et l'on serait embarrassé pour leur assigner une place nosologique. Elles ont des allures mobiles, changeantes; leurs manifestations cliniques sont même, si je puis ainsi m'exprimer, paradoxales et nous les voyons tour à tour stupides, anxieuses, maniaques, désordonnées;

elles offrent des bouffées émotives contradictoires, riant et sanglotant alternativement; plus tard elles auront des hallucinations mystiques, démoniaques, des altérations sensorielles variées, enfin une confusion mentale plus ou moins durable.

56 jeunes filles, la moitié environ des malades observées, ont présenté cette forme vésanique.

Elles nous ont donné environ $\frac{2}{5}$ de succès; nous relevons parmi ces aliénées 22 guérisons, 6 améliorations, 5 décès (une varioleuse, une sitiophobe et une suicidée) et 5 démences consécutives.

La durée de la maladie a été plus grande chez les malades guéries que chez celles des deux premiers groupes.

Enfin elles donnent lieu à une remarque importante. Tandis que, pour les autres aliénées, la menstruation ne joue qu'un rôle secondaire, ici, elle se place au premier plan. Les vicissitudes de l'évolution cataméniale ont influé constamment sur l'intensité des manifestations délirantes — le rétablissement des règles précède et prépare, par exemple, l'amendement du trouble mental, qui paraît dès lors manifestement lié aux souffrances du développement chez la jeune fille.

Par sa complexité même, l'appareil symptomatique que je viens d'esquisser d'un trait rapide se recommande à l'attention. Il a la mobilité de l'hystérie, il s'y rattache par de nombreux liens. Aussi, bien que la critique de ce vocable ne soit plus à faire, je crois qu'il faudrait appeler notre syndrome, faute de mieux, *folie hystérique*. Il faut y voir, en effet, l'un des nombreux aspects de l'hystérie, qui serait elle-même, par excellence, la névrose du développement.

Il est difficile de ne pas reconnaître une étroite parenté entre ce qu'on a appelé la grande névrose et le désordre mental présenté par les aliénées du troisième groupe. Un grand nombre d'entre elles (15) ont eu des attaques convulsives et l'observation de celles qui en ont à l'asile montre une frappante association des symptômes sensorio-moteurs et du délire. Celles qui n'ont pas d'attaques ont les stigmates hystériques et leurs hallucinations, leurs troubles sensoriels, sont caractéristiques et relèvent manifestement de l'hystérie. Enfin on constate chez toutes les perversions morales et les anomalies de caractère des hystériques.

En présence d'une forme mentale si remarquable par son association évidente à cette affection nerveuse, à laquelle elle semble emprunter ses traits les plus saillants, ses allures mobiles et protéiformes, il faut bien lui attribuer une identité d'origine; c'est bien l'hystérie qui imprime son cachet au syndrome vésanique offert par les ma-

lades du 5^e groupe. Il est de beaucoup le plus nombreux et toutes sont des victimes de la dégénérescence.

Je sais bien qu'un grand nombre de médecins, parmi les plus autorisés, refusent d'admettre une folie hystérique et regardent les troubles vésaniques à forme indécise, à la marche irrégulière, aux manifestations fugaces, comme étant le fruit de la dégénérescence.

Mais j'oserai avancer que la dégénérescence ne fait pas la folie, mais qu'elle la prépare seulement. Ce qu'on est en droit de lui imputer, c'est une simple déviation fonctionnelle, l'instabilité et la déséquilibration mentale. Les dégénérés sont en imminence constante de délire (G. Ballet), mais ils ne deviennent des délirants, *des malades* que par un travail pathologique; ce travail provoque l'éclosion de l'hystérie.

L'auteur que je viens de nommer remarque que les troubles intellectuels chez les dégénérés s'accusent souvent d'une façon manifeste au moment de la puberté. Pourquoi? Parce que les entraves apportées au développement de l'être humain, à cette date critique de la vie, donnent lieu à un phénomène grave, qui détermine une perturbation profonde dans la vie des cellules nerveuses; ce phénomène est l'auto-intoxication.

La dégénérescence, qui fait de l'enfant un être anormal, mal construit, mal équilibré physiquement, crée l'inaptitude organique dont les effets inéluctables sont la gêne du développement et le ralentissement de la fonction nutritive. On conçoit que l'époque de la grande crise pubère soit le moment opportun pour la production des souffrances de l'organisme, qui dérivent d'un vice accumulé depuis la naissance et parvenu à son degré le plus élevé. Ce vice est une désassimilation imparfaite; l'auto-intoxication du système nerveux par les déchets non expulsés en est la conséquence. Alors éclatent les troubles multiples et complexes qui sont l'expression de la psychonévrose et l'hystérie se déclare.

Les cellules nerveuses de tout ordre sont plus ou moins atteintes par le poison interne. La nutrition, la sensibilité spéciale et générale, la motricité subissent son action délétère, sous la forme et dans la mesure déterminées par sa quantité et son mode de distribution. La fonction psychique est toujours impliquée dans la lésion.

L'hystérie, avec ses manifestations mobiles, inconstantes, étendues à tout le névraxe, donne bien l'idée d'une maladie générale. Or, à l'heure où nous sommes, qui dit maladie, dit auto-intoxication.

En dehors de la puberté, les bouffées délirantes qu'on observe chez les dégénérés de tout âge sont toujours associées à l'hystérie

dont on peut déceler chez les malades les stigmates plus ou moins apparents. Pourquoi ne pas considérer ces désordres vésaniques fugaces, transitoires et diffus, comme une hystérie fruste, causée par une septicémie légère, superficielle, résultant elle-même d'échanges métaboliques laborieux et imparfaits ?

Nos jeunes aliénées se divisent en trois catégories. Les deux premières comprennent des vésanies pures, rentrant dans la nosologie normale (démences, manies, mélancolies). Elles ne semblent pas reconnaître pour origine l'évolution pubère.

La troisième catégorie, de beaucoup la plus nombreuse, a des caractères qui permettent de lui attribuer cette étiologie spéciale. Ce sont des psychoses du développement. La dégénérescence est nettement accusée chez ces dernières malades, toutes héréditaires. Chez elles la croissance a été pénible, marquée par des épisodes pathologiques, leur menstruation s'est mal établie et les anomalies de cette fonction sont liées constamment au désordre vésanique, le retour des règles préparant, pour ainsi dire, l'amendement du trouble mental. C'est bien à cette forme qu'il convient de donner le nom de psychose pubère.

Elle est le fruit de l'intoxication des cellules nerveuses par les déchets de désassimilation, accumulés chez l'individu imparfaitement armé pour la vie. Ses manifestations envahissent toute l'aire nerveuse. Le tableau symptomatique offert par ces malades exprime la souffrance générale de l'économie. La psychose pubère est de nature hystérique.

M. LE PRÉSIDENT. — En raison de l'heure déjà avancée, je propose de remettre au début de la prochaine séance la discussion sur la question des psychoses de la puberté.

La séance est levée à midi.

VENDREDI 3 AOUT*Séance du soir.***Présidence de M. MESCHEDE.**

SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : M. CHRISTIAN. — Les psychoses de la puberté (*suite*). Discussion : MM. RÉGIS, MABILLE, TOKARSKY, TRENEL, BENEDIKT, GILBERT BALLEL. — Communications diverses : Contribution à la connaissance des idées obsédantes, par M. LADISLAS HASKOVEC. Discussion : M. RÉGIS. — Nature et évolution de la folie du doute, par M. HUGHES. — Sur la genèse et la nature de l'hystérie, par M. Oscar VOGT. — De la paranoïa périodique, par M. le prof. MESCHEDE. — La vraie cause de la paralysie générale, par M. le prof. VLADIMIR TSCHISCH. Discussion : MM. BAJÉNOFF, WAHL, LALANNE, TSCHISCH, RÉGIS.

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

A propos du procès-verbal.

M. CHRISTIAN, en prenant place au bureau, remercie le Congrès du grand honneur qu'il lui a fait en le nommant vice-président.

Les psychoses de la puberté (suite).

DISCUSSION.

M. RÉGIS. — Il est indispensable, comme l'a fait M. Voisin, de donner une place, dans la classification des psychoses de la puberté, aux psychoses par auto-intoxication.

Il est hors de doute, en effet, que l'évolution pubérale correspond à des modifications profondes de l'organisme, à des troubles de nutrition, à de l'auto-intoxication, susceptibles soit de produire des névroses, comme la chorée, l'hystérie, etc., soit des psychoses proprement dites.

Ces psychoses de la puberté, d'origine auto-toxique, me paraissent comprendre, entre autres, une partie des cas de l'hébéphrénie, notamment ceux avec catatonie.

Dans les quelques cas de ce genre que j'ai observés, j'ai pu mettre hors de doute le substratum d'auto-intoxication, par les modifications quantitatives et qualitatives des urines régulièrement examinées.

Une autre preuve de la nature auto-toxique de ces psychoses, c'est qu'elles présentent exactement les mêmes caractères que les psychoses d'auto-intoxication, en particulier que les psychoses urémiques, éclamptiques, etc., dues surtout à une insuffisance rénale, et qui, elles aussi, s'accompagnent souvent de spasmes, de convulsions, de catatonie.

Une dernière preuve des relations de certaines psychoses de la puberté avec l'auto-intoxication, c'est l'efficacité, dans quelques-unes d'entre elles, chez des jeunes filles en imminence de menstruation, par exemple, du

traitement ovarien. Ce traitement, que j'ai employé pour la première fois en 1895, avec MM. Ferré et Loumeau, dans un cas de ménopause post-opératoire, convient également, parfois, aux névroses et aux psychoses de la puberté, où je l'ai employé avec quelque succès.

J'appelle donc à nouveau, et sérieusement, l'attention sur l'importance de l'auto-intoxication dans l'étiologie de certains cas de psychoses de la puberté.

M. MABILLE. — Je crois, en tant toutefois que mon expérience personnelle me l'enseigne dans le milieu où je vis (Charente-Inférieure), que la folie à l'époque de la puberté est relativement rare, surtout si on a le soin d'éliminer d'une façon absolue tous les débiles et les jeunes malades entachés d'épilepsie ou d'hystéro-épilepsie.

Ainsi, sur 2140 malades admis en l'espace de 15 ans à l'asile de Lafond, je n'ai relevé que 11 cas chez des jeunes filles et 6 cas seulement chez de jeunes garçons.

Il est vrai que cette statistique ne comprend que les cas de folie se révélant de 12 à 17 ans ; car il me semble exagéré d'attribuer à la puberté une action réelle après 17 ans.

Mes malades se subdivisent ainsi :

Femmes :

Manie..	5
Manie avec symptômes hystériques.	5
Folie à double forme.	5
Manie avec chorée.	1
Délire protéiforme avec impulsions.	1

Hommes :

Manie..	2
Manie avec symptômes hystériques.	2
Délire protéiforme avec impulsions.	2

Mes 6 malades garçons sont sortis en bon état, après une durée de traitement variant de 2 à 7 mois. Mais chez presque tous j'ai noté des paroxysmes d'excitation et des impulsions à mettre le feu et à commettre des actes lubriques.

Sur mes 11 malades filles, 9 sont sorties améliorées, une seule a versé vers la démence précoce ; deux d'entre elles présentaient des tendances à mettre le feu et étaient érotiques.

Le seul cas de confusion mentale observé était développé chez une jeune fille atteinte de mouvements de chorée.

En réalité, mes malades ont été atteints de psychoses diverses, sans qu'il soit possible d'attribuer à la puberté une action réelle au point de vue de la forme mentale.

Je dois cependant une mention particulière à trois d'entre elles.

Une jeune fille entrée à Lafond vers 14 ans, bien réglée d'ailleurs, a vu ses accès prendre les caractères de la folie à double forme. Elle continue, depuis dix ans que je l'observe, à présenter les caractères de cette affection.

Chez une autre, entrée à l'âge de 15 ans, j'ai observé une première fois un état mélancolique qui a persisté pendant 2 mois. Cinq ans après, cette

jeune fille m'est revenue avec tous les symptômes de la manie aiguë. Elle est sortie guérie, deux mois après.

Chez une autre, au contraire, la première admission a eu lieu à 15 ans avec la forme maniaque, qui a pu disparaître au bout de 5 mois. Cette jeune fille n'était pas réglée. 18 mois après, cette même jeune fille m'a été confiée à nouveau dans un état de prostration mélancolique profonde qui a disparu au bout de 4 mois.

D'un autre côté, il m'a été donné dans un travail précédent (*Étude sur les psychoses chez les vieillards*) de signaler la fréquence d'accès antérieurs dans la jeunesse chez des vieillards atteints d'accès d'aliénation à l'occasion de la vieillesse.

Il résulte donc de tous ces faits :

1° Que les psychoses dites de puberté ne paraissent pas avoir de caractères bien tranchés, puisqu'on observe toutes les formes d'aliénation mentale dans la période de la vie de 12 à 17 ans;

2° Que l'évolution postérieure d'un certain nombre de cas montre soit la tendance à la périodicité, soit la tendance à des formes doubles ou de nature différente;

3° Que quelques-uns de ces malades ont présenté des obsessions et des impulsions, telles qu'on les rencontre chez des adultes.

Il s'agit donc pour moi, au moins dans les cas qu'il m'a été donné d'observer, de psychoses se développant chez des héréditaires ou sur un terrain dégénératif, la puberté agissant peut-être comme cause indirecte, mais n'imprimant pas un cachet particulier à la psychose.

M. S. TOKARSKY. — Je n'ai que quelques observations à faire qui me semblent être d'une certaine importance. D'abord je ne crois pas, comme M. Ziehen, qu'il faut éviter l'alitement dans les maladies de la puberté et se borner aux cas d'inanition extrême. Ce n'est pas l'âge, mais l'état des malades, qui détermine le traitement et il faut être toujours prudent avec l'alitement dans quelque âge qu'il soit appliqué.

Quant aux rapports qu'on nous a présentés, je voudrais attirer l'attention sur les psychoses de la puberté au point de vue clinique. Il n'y a pas de doute que l'âge de la puberté nous présente toutes les formes de psychoses qui ne lui sont pas caractéristiques, et dans la démence consécutive on ne peut plus reconnaître l'âge où la maladie avait commencé; mais à part cela il existe une forme qui devrait attirer toute notre attention, et qui, au point de vue psychologique, a tout intérêt à être étudiée. C'est une forme, décrite par Kahlbaum, qui représente des signes tout à fait caractéristiques pour l'âge de la puberté. C'est une tendance à jouer un certain rôle, à se représenter autre qu'on n'est en réalité, une tendance à rêver sans délire, d'une espèce de rêverie en actes. Ce sont des signes qui restent pendant la maladie dans son état aigu et qui se conservent dans l'état de démence consécutive jusqu'à la fin de la vie. Ce symptôme dépendant de l'état du développement intellectuel, du système des associations établies pour lui seul, peut déterminer une forme clinique spéciale, et il me semble que cette forme doit être étudiée tout spécialement, dans ses manifestations ainsi que dans son origine, parce que Kahlbaum n'a fait que poser la question.

M. TRÉNEL. — L'époque réelle de l'établissement de la puberté ne peut

être fixée d'une façon bien exacte que chez la femme ; l'apparition de la menstruation donne la date. Quelles sont les maladies qui apparaissent alors ? En ne m'appuyant que sur les faits que j'ai observés personnellement, je n'ai vu que des folies périodiques naître à cette époque, et elles ne paraissent pas offrir de caractères cliniques permettant de les différencier des folies périodiques vulgaires ; et tantôt la périodicité est menstruelle, tantôt les accès sont plus longs et occupent non seulement le temps de la menstruation, mais s'étendent à plusieurs semaines.

Pour ce qui est de la démence précoce, les cas que j'ai pu recueillir montrent que la maladie a commencé longtemps après l'apparition des premières règles. Jusqu'à quel point est-on autorisé à employer alors le mot d'hébéphrénie, de folie de la puberté ?

Il serait utile de s'entendre d'abord sur le sens même des termes par lesquels on doit désigner ces faits, et le manque d'entente à ce sujet est peut-être cause de la confusion qui règne dans la nomenclature et dans les descriptions cliniques.

M. BENEDIKT (Vienne). — Un confrère a dit qu'une partie des aliénations étaient de nature hystérique. J'y dois consentir en grande partie. Il peut arriver le malentendu que, si l'on n'observe pas les stigmates convenus de l'hystérie, on dira qu'il n'y a pas d'hystérie. Il faut différencier l'état hystérique, qui conduit aux symptômes de l'hystérie, de l'état même. La biomécanique de l'état hystérique consiste dans la qualité d'être ébranlé plus facilement que dans l'état normal, soit dans le sens d'excitation, soit dans celui de dépression ou de transformation d'un de ces états dans l'autre. Cet état, que j'ai appelé en allemand : « Erschütterbarkeit », existe en général dans la puberté, et un petit excès de cet état peut faire déjà une folie plus ou moins passagère, et véritablement nous pouvons considérer tous les cas typiques d'aliénation pendant la puberté comme des hystériques.

Il faut chercher les différentes causes des aliénations de la puberté. Je veux faire allusion à l'hyperesthésie de la vulve et même au prurit. Cet état est souvent la raison des folies choréiformes et des états d'excitation et de dépression.

De même le manque du goût sexuel, — tout inconscient qu'il soit, — est la raison des aliénations de la puberté. L'évolution du goût sexuel est, par la nature, si étroitement liée au développement des sentiments, des idées et de tout le caractère, qu'il est très facile à comprendre que le manque passager ou continu du goût sexuel ébranle l'évolution de l'état psychologique.

De même les perversités sexuelles, — même toutes inconscientes, — mènent à des aliénations de puberté.

Que des dégénérescences congénitales éclatent à l'époque de la puberté, c'est naturel. A cette époque, il y a un développement général très accentué et si l'une ou l'autre partie du corps et principalement du cerveau ne se développe pas harmonieusement, il y a des aliénations.

M. GILBERT BALLEZ. — Je désire appeler une minute l'attention sur un point de vue doctrinal relatif aux psychoses dites de la puberté, et dont, il me semble, au cours de cette discussion, on s'est insuffisamment occupé.

Les psychoses en question peuvent être divisées en deux groupes : 1° celles qui se rencontrent pendant la puberté, sans lui appartenir en propre; 2° celles qui mériteraient vraiment le nom de psychoses pubérales, s'il était établi qu'elles naissent et se développent sous l'influence de la puberté et qu'en outre elles ont, de ce chef, une physionomie particulière.

Je ne m'occuperai pas des premières : ni la manie, ni la mélancolie, ni la folie circulaire, ni l'épilepsie, moins encore la paralysie générale juvénile, bien qu'accidentellement elles puissent apparaître au moment de la puberté, ne sont, à proprement parler, des psychoses pubérales.

Quant aux secondes, s'il est des formes qu'on puisse leur rattacher, elles se rapprochent plus ou moins par leur physionomie du type décrit par Kahlbaum. Le début en est variable, c'est tantôt un accès de manie, alternant ou non avec des accès de mélancolie, tantôt un délire de persécution, ambitieux ou mystique, tantôt une période de stupeur, tantôt de simples perversions de caractère; mais la suite est toujours la même, c'est l'affaiblissement intellectuel et la démence, démence qui peut elle-même revêtir divers aspects : car il y a une démence torpide, une démence agitée, une démence loquace; on en pourrait multiplier les formes.

J'estime que les types cliniques précédents, qui après tout se résolvent dans la démence précoce, sont ceux qui nous représentent les psychoses pubérales vraies, s'il y a des psychoses pubérales. Or en est-il ainsi?

Il faudrait d'abord s'entendre sur ce qu'on appelle la puberté. Physiologiquement c'est l'époque, de durée assez courte, pendant laquelle s'établit la fonction ovarienne ou la fonction testiculaire. Au développement de ces fonctions s'associent sans doute d'autres changements de l'organisme (modifications de la voix, de l'aspect extérieur du corps, etc.), qui lui sont assez étroitement connexes pour qu'on soit en droit d'allonger la durée de la période de la puberté. Mais même en mettant les choses à l'extrême, il n'est pas possible d'admettre que cette période s'étende, par exemple, de 14 à 22 ou 25 ans. Or, c'est dans ces limites et plus souvent au voisinage de 25 ans qu'au voisinage de 14, que les prétendues psychoses pubérales se montrent. Il devient donc de toute évidence que ce sont non des affections de la puberté, mais des affections de l'adolescence. Ce n'est pas la puberté qui les produit.

Mais alors quelle en est la cause? Pour un certain nombre de cas qui sont à l'extrémité de la série, cette cause est évidente : hérédité chargée, anomalies physiques, déficiences intellectuelles et morales, on retrouve tout cela assez accusé et assez net dans les cas en question pour qu'il n'y ait aucun doute sur l'existence des tares qui ont préparé le terrain et dont le rôle domine l'étiologie de ces cas.

Toutefois il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi : à l'autre extrémité de la série point de tares décelables, point d'antécédents héréditaires ou personnels défectueux; la psychose semble un pur accident. On a alors invoqué pour l'expliquer les fatigues de divers ordres, physiques ou intellectuelles, le surmenage moral. J'estime que si ces causes adjuvantes se rencontrent quelquefois, elles sont loin d'être constantes : de là des cas de psychoses pubérales que n'expliquent ni la puberté, ni les tares

originelles, ni les causes accidentelles. Ce sont ces cas en présence desquels on reste étonné et surpris.

Et pourtant leur étiologie s'éclaire, si l'on envisage tous les échelons de la série qui réunissent les termes extrêmes dont nous avons parlé. Du malade à tares évidentes à celui qui en paraît tout à fait indemne, que de gradations ! L'hérédité pathologique peut devenir douteuse ; mais combien ne trouve-t-on pas de ces bizarreries intellectuelles, de ces anomalies de caractère dont la signification ne saurait nous tromper. Je pense donc que les cas de démence précoce où l'on ne décèle pas de tares (et ils sont positifs), constituent une exception qui ne saurait infirmer la règle : ces tares sont trop habituelles pour que nous n'ayons pas le droit de les supposer dans les cas rares où l'observation clinique ne permet pas de les découvrir. •

Je conclus : il y a des psychoses de l'adolescence, il n'y a pas, à proprement parler, de psychoses de la puberté. Les causes occasionnelles sont inconstantes et insuffisantes à nous expliquer ces psychoses de la jeunesse, dont l'affaiblissement intellectuel constitue la terminaison habituelle et rapide. Dans la majorité des cas, on peut s'assurer que le sujet portait en lui une prédisposition dès longtemps acquise ; dans quelques-uns où cette prédisposition semble faire défaut, on est en droit de l'admettre, car ces cas constituent une exception et une exception que rien n'explique. Inexpliquée, l'exception doit, en bonne logique, être rattachée à la règle.

COMMUNICATIONS DIVERSES

CONTRIBUTION A LA CONNAISSANCE DES IDÉES OBSÉDANTES

Par M. Lad. HASKOVEC,

Privat-docent à l'Université de Prague.

Depuis Morel (1866), Griesinger (1868) et Westphal (1877), on a beaucoup parlé sur la nature, la définition des obsessions, ainsi que sur leur place en nosographie. On a décrit une foule de variétés d'obsessions et on a traité surtout les questions suivantes : les lésions intellectuelles ou émotives sont-elles primaires ou secondaires ? Quel est le rapport des obsessions avec quelques névroses et psychoses ? En ce qui concerne la première question, les auteurs se sont divisés en deux partis. Au congrès de Moscou, MM. Pitres et Régis, dans leur conférence, ont conclu que *l'obsession n'est souvent que la forme aggravée ou intellectualisée de la phobie*. Bien que, dans la conférence de ces auteurs, on ait beaucoup contribué à l'éluclidation

de la question des états obsédants et bien qu'on y ait publié beaucoup de nouveaux détails, certains points de cette question restent encore irrésolus. J'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre de cas des diverses phobies et d'obsessions. Cette étude m'autorise aux quelques conclusions qui pourraient nous intéresser en ce qui concerne quelques questions encore pendantes.

Quelques cas que j'ai pu observer sont en même temps une contribution intéressante à la symptomatologie et à la pathogenèse des obsessions.

En ce qui concerne la question de la primordialité des lésions intellectuelles ou affectives dans l'obsession, les auteurs se sont divisés en deux partis parce que l'on n'avait pas assez nettement séparé les phobies et les obsessions proprement dites. J'ai étudié à ce point de vue plus de cent cas et j'en ai trouvé certains dans lesquels les lésions intellectuelles étaient nettement primaires, tandis que dans la majorité des cas c'étaient les lésions affectives. Aux premiers appartiennent les idées fixes de Westphal, Meschede et Griesinger; aux seconds appartient le grand groupe des phobies. On remarque quelquefois chez le même individu que ce sont tantôt les lésions intellectuelles, tantôt les lésions affectives qui sont primaires. Il se trouve parmi eux un grand nombre de cas de transition et on est souvent très embarrassé pour déterminer s'il s'agit d'une phobie ou d'une obsession proprement dite.

Ces cas de transition sont la cause que MM. Pitres et Régis ont fait rentrer les phobies dans le domaine des obsessions, ou inversement.

Quelquefois l'image visuelle provoque l'idée obsédante sans qu'il y ait dans ce moment ou auparavant aucune réaction émotionnelle. Le malade voit par exemple une hache et il est aussitôt obsédé par l'idée de tuer une personne qui lui est chère. Alors le voisinage de cette personne, la réflexion sur la possibilité d'accomplir cet acte et la réflexion sur ses suites, ainsi que la lutte intérieure contre l'idée obsédante, produisent une réaction émotionnelle secondaire.

J'estime que MM. Pitres et Régis vont trop loin en soutenant : *Supprimez par la pensée l'angoisse, l'anxiété qui s'y trouve et vous n'avez plus d'obsession*. Les mêmes auteurs disent aussi que les impulsifs s'angoissent parce qu'ils sentent (dans les cas d'obsessions bénignes) toute l'extravagance de pareils actes. Cela est vrai dans quelques cas, mais non dans tous. Il y a beaucoup de cas où l'extravagance des obsessions impulsives laisse les malades indifférents. Les malades accomplissent les actes impulsifs pour se débarrasser d'une anxiété inexplicable qu'ils éprouveraient s'ils ne les accomplissaient pas et aussi parce que toute résistance leur est impossible.

Comme autre preuve que l'émotion est ici primaire, MM. Pitres et Régis disent que les idées obsédantes peuvent changer chez quelques malades, mais que l'émotion reste la même. C'est vrai aussi ; mais je crois qu'il n'y a là aucune preuve en faveur de l'un ou de l'autre. La sphère intellectuelle si riche naturellement est sujette par cela même aux changements. Du reste il ne s'agit pas aussi toujours dans l'obsession d'un sentiment d'anxiété. J'ai pu observer un étudiant obsédé par des idées gaies qu'il éprouvait par suite d'un sentiment de joie. Si l'émotion n'était qu'une réaction de l'idée fixe, son intensité devrait être, d'après ces auteurs, en raison directe de l'intensité de l'idée fixe. MM. Pitres et Régis soutiennent le contraire ; mais je crois que des cas semblables peuvent très souvent se présenter, et, s'ils ne se présentent pas, c'est que l'émotivité n'est pas la même chez tous les individus. Un désaccord semblable existe même chez les sujets normaux. La même idée ne provoque pas chez chacun d'eux la même émotion, bien qu'il faille considérer cette émotion comme réaction de la même idée. Que l'idée, dans l'état obsédant, soit une idée substituée qui, par un mécanisme quelconque, a pris la place de l'idée primitive toujours relative à la vie sexuelle de l'individu, comme l'affirme Freud, c'est ce que ne puis croire, d'accord en cela avec MM. Pitres et Régis.

Ces messieurs analysent dans un autre article l'émotion qui devient pour eux un fait biologique, bien déterminé et composé de deux éléments : d'un élément physique, primaire, des lésions vaso-motrices et d'un élément secondaire, psychique, d'un sentiment.

Cette analyse est valable dans beaucoup de cas. Dans ces cas les anomalies d'innervation du nerf sympathique, après avoir causé des lésions dans la sphère émotionnelle, ont produit ensuite des lésions intellectuelles. Pourtant je ne peux pas croire qu'il s'agisse dans tout les cas d'éreuthophobie de ce processus causal. On peut cependant accorder qu'il existe dans quelques cas un processus inverse. Je crois qu'à côté des lésions vaso-motrices, ce sont aussi d'autres anomalies d'innervation du nerf sympathique qui peuvent être un des éléments constitutifs de l'émotion.

Quelquefois, il est vrai, comme le dit M. Magnan, que le sympathique *obéit à la situation mentale au lieu de la commander* ; mais quelquefois aussi, c'est le contraire qui a lieu. Je crois que même la nutrition générale exerce une certaine influence sur la sphère intellectuelle et que nous nous trouvons ici en présence d'un cercle vicieux de l'action mutuelle.

Dans un cas intéressant le surmenage intellectuel a amené une névrose, des troubles digestifs, de la dyspepsie, et par suite un état

d'auto-intoxication ; cet état, à son tour, a produit des crises émotionnelles diverses et même des obsessions différentes. Dans un autre cas, chez une albuminurique, l'intensité et les paroxysmes des idées obsédantes marchaient de pair avec l'intensité de l'albuminurie, suivant que la diète produisait chez la malade une aggravation ou une amélioration.

Encore un mot seulement sur le portrait clinique de l'obsession. A mon avis, bien qu'il y ait beaucoup de cas de transition, il existe cependant une certaine différence entre les phobies et les idées obsédantes.

La conception de l'obsession en général comme phobie intellectua-lisée a embrouillé un peu, je crois, toute la question des phobies et des idées obsédantes. De même que l'on peut observer quelques transitions entre les phobies et les obsessions proprement dites, de même aussi on peut constater qu'il existe des cas de transition entre les phobies, les obsessions et les divers syndromes morbides dans la sphère motrice, sensorielle et sensitive, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer.

Or, une fois, c'est la sphère intellectuelle qui est atteinte ; une autre fois, c'est la sphère émotive ; en troisième lieu, ce peut être la sphère sensorielle, sensitive ou motrice. Les symptômes morbides ne concernent pas régulièrement une seule sphère ; mais, vu l'unité de tout le système nerveux, ils peuvent se manifester en même temps dans l'autre sphère. Ce sont par exemple la sphère intellectuelle et la sphère émotive dans lesquelles se présentent en même temps les symptômes morbides. Puis vient la sphère sensorielle. On a déjà reconnu des obsessions hallucinatoires.

Il m'a été donné d'observer un cas semblable qui vient confirmer que l'hallucination dans l'obsession est vraiment représentative, comme le disent MM. Pitres et Régis.

Nous passons ensuite à la sphère sensitive (migraine, douleurs, paresthésie et anesthésie) et enfin à la sphère motrice (hyperkinèse, paralysie).

Dans cette chaîne des syndromes morbides l'attaque épileptique reste à part.

On ne parle pas beaucoup en général des rapports que présente l'attaque épileptique avec les paroxysmes des idées obsédantes, ces rapports sont pourtant très intéressants. Griesinger est le premier qui en ait fait mention, comme le cite Berger.

Depuis Griesinger, tous les auteurs se sont refusés à voir une analogie quelconque entre l'attaque épileptique et le paroxysme des idées obsédantes.

D'après la définition qui a été donnée, jusqu'à présent, des idées obsédantes, on est obligé de supposer que le sujet a clairement conscience de son état. Et pourtant, d'après Ségla, la clarté de conscience dans des états obsédants n'est pas toujours absolue.

La nécessité de conscience claire dans l'obsession n'est pas absolument exigible à présent.

Obsessions et impulsions arrivent très souvent dans l'épilepsie, et l'épilepsie éclate quelquefois chez des obsédés.

On suppose généralement que les caractères de l'attaque épileptique et des paroxysmes de l'état obsédant sont assez différents pour qu'on ne puisse faire aucune confusion.

Et pourtant il se présente certains cas qui sont des plus intéressants à ce point de vue.

Je pourrais citer à l'appui de ce que j'avance les cas suivants :

J. R..., âgé de 56 ans, étudiant ès lettres, épileptique, héréditaire. Le malade raconte lui-même : « Un jour étant au théâtre, sous l'influence de la chaleur et peut-être aussi de la musique, j'éprouvai une très grande excitation et une fatigue extrême.

« Il me semblait que j'allais être pris d'une attaque. Je résistai de toutes mes forces, si bien que l'attaque ne se produisit pas ; mais, en même temps, je me trouvais dans un état psychique étrange. Au sortir du théâtre, il me semblait rêver. A la vérité, je voyais tout, j'entendais et je distinguais tout ce qui se passait dans la rue, je parlais avec mes amis comme d'habitude, mais tout cela me semblait être étrange. Il me semblait que ces perceptions n'arrivaient pas directement au *moi*, que je n'avais pas des impressions réelles, mais que c'était la reproduction automatique des choses déjà apprises, qui apparaissaient dans mon cerveau seulement parce qu'elles me concernaient. Je ne peux pas décrire cela. C'était un état d'esprit tout à fait étrange, je croyais rêver et j'avais cependant conscience de tout ce qui se passait autour de moi. Seulement j'avais vécu tout cela auparavant, je l'avais senti ; mais, dans ce moment, je ne croyais que l'observer. »

Cet état persista pendant plus d'un an chez le malade. Il était si bien accoutumé qu'il ne lui semblait plus aussi extraordinaire. Les facultés intellectuelles, la perception, l'intelligence n'avaient subi aucun changement (sauf la mémoire des noms qui était un peu affaiblie). Quelquefois, le soir, le malade éprouve un sentiment de tristesse inexplicable, une sorte d'anxiété qui disparaît après peu de temps.

Dans un autre cas, chez un garçon, élève à l'École du commerce, âgé de 20 ans, j'ai relevé les observations suivantes : le malade a été relativement toujours bien portant jusqu'au mois de mars 1897. A cette époque, à l'école, il a éprouvé tout à coup un sentiment et il fut obsédé par la pensée qu'il n'était pas lui-même et il était obligé, par un mouvement quelconque, de se convaincre qu'il existait réellement.

Quelquefois aussi il est obsédé par les pensées, qu'il ne vit pas. Dans

ces moments il est distrait; souvent, au commencement d'une étude, une force le pousse irrésistiblement à se demander : « Comment se développe l'esprit, l'ouïe, etc. ? »

A ce moment, il rougit quelquefois. Quelquefois aussi il peut repousser les idées obsédantes; mais lorsqu'il est incapable de le faire, il est gêné dans son étude. Ces idées obsédantes reviennent tous les deux ou trois jours et elles persistent avec quelques accalmies toute la journée, une demi-journée, une heure ou une demi-heure. [Aucune phobie ou état anxieux quelconque. Pas de douleurs de tête. Sommeil normal. Mémoire bonne. Enfin j'ai pu observer un état analogue chez un sujet, âgé de 21 ans, étudiant, qui est atteint de temps en temps d'attaques de migraine ophthalmique, déjà depuis dix ans.

On a bien caractérisé l'attaque hystérique et l'attaque épileptique, et pourtant on parle de l'hystéro-épilepsie. On connaît bien la différence entre l'hystérie et la neurasthénie et on parle pourtant de l'hystéro-neurasthénie. Nous avons dit plus haut que la conscience dans les attaques d'obsessions peut ne pas être claire. Au contraire, l'expérience a démontré que, dans les attaques épileptiques avérées, les impulsions, même criminelles, qui se produisent souvent avant ou après l'attaque, sont quelquefois jusqu'à un certain point conscientes, comme j'ai pu m'en convaincre moi-même dans un cas intéressant.

MM. Pitres et Régis, en parlant des impulsions dangereuses et criminelles, disent avec raison que ce ne sont pas des obsessions proprement dites et qu'elles se rattachent souvent aux autres facteurs (dégénérescence, débilité morale, alcoolisme, morphinisme, délire), et je voudrais y ajouter encore l'épilepsie. L'épilepsie dégénérative se trouve souvent latente dans les impulsions criminelles. Bien que j'aie déjà parlé un peu de la pathogenèse et de l'étiologie des obsessions, j'y reviens encore.

On peut être d'accord avec Freud lorsqu'il affirme combien est grande la part prise par la sphère génitale, dans la genèse des diverses phobies et obsessions. Ce n'est point par hasard que dans la puberté, dans l'âge critique chez les femmes, dans la menstruation, dans la lactation, après l'onanisme et d'autres anomalies et excès sexuels, et après l'avortement, ce n'est pas par hasard, dis-je, que l'on peut observer si souvent les phobies et les obsessions. On a déjà fait remarquer d'ailleurs que dans tous ces cas la nutrition générale altérée peut être cause des troubles nerveux à côté des chocs psychiques. N'en est-il pas ainsi de même dans les phobies ?

Voilà un chapitre névro-pathologique, c'est-à-dire névro-chimique, très riche, très peu étudié à ce point de vue et très important. J'ai observé, à côté des causes susdites et à côté des diverses variétés

d'hérédité, l'émotion, le surmenage intellectuel, l'empoisonnement par la caféine et par le gaz d'éclairage, la dyspepsie, la dilatation de l'estomac, la constipation et l'anémie qui sont tous des états d'intoxication dans l'étiologie des phobies et des obsessions. Dans quelques formes frustes de la maladie de Basedow, que nous regardons aujourd'hui comme une maladie d'intoxication, on peut observer souvent des phobies. Les phobies et les obsessions apparaissent non seulement chez les dégénérés à différents degrés, mais encore chez les sujets relativement normaux sous l'influence des causes diverses. On peut regarder les syndromes chez ces sujets comme les stigmates de la dégénérescence acquise ; mais ce sont là des opinions variables et tout à fait personnelles. On voit que l'étiologie et la pathogenèse des phobies et des idées fixes sont les mêmes que celles de ce grand groupe de lésions fonctionnelles du système nerveux que nous désignons sous le nom de névrose, et même le tableau clinique des phobies et des idées fixes constitue un maillon de la chaîne des névroses. Ce tableau clinique est des plus variés et, d'après ce qu'il contient, il est impossible d'obtenir une base solide pour la classification clinique. On sait que le nombre des tableaux cliniques s'augmente tous les jours. A ce point de vue, voici deux cas intéressants :

I. — J. W., âgé de 26 ans, employé. Son père est mort d'apoplexie, une sœur nerveuse. L'état physique normal. Le malade se souvient que dans son enfance, il regardait souvent derrière lui pour voir s'il n'avait rien perdu. A l'école, il regardait jusqu'à trois fois dans son pupitre pour s'assurer qu'il n'avait pas oublié un livre, bien qu'il le tint à la main. Depuis son enfance, il jouissait d'une bonne santé. Il y a deux ou trois ans, il commença à devenir très « circonspect » dans tout ce qu'il faisait. Il se développa chez lui, tout à fait insensiblement, une curiosité morbide, folie du doute et un délire questionnant, si bien qu'il se décida à consulter un médecin. Il ne sait pas si cet état général est « une habitude ou une nervosité ».

Lorsqu'il sort de chez lui, il revient sur ses pas pour voir s'il a bien fermé la porte. S'il voit à terre un morceau de papier, il s'arrête et il le ramasse.

Dans un hôtel, il aura honte de ramasser ce morceau de papier devant d'autres personnes et il attendra qu'elles soient sorties pour satisfaire son désir. S'il ne le ramasse pas, il éprouve une angoisse très grande à la poitrine. S'il voit un point noir sur une cuillère, il se demande d'où vient ce point, comment la cuillère a pu se salir ainsi, etc., etc. Si, pour une cause quelconque, il n'a pas bien compris quelque chose dans la conversation avec une personne, il réfléchit tout le soir là-dessus jusqu'à ce qu'il soit hanté par des idées de suicide.

Quelqu'un lit-il le journal et montre-t-il un passage à un voisin, notre malade est forcé de le voir lui aussi.

Quand il voit par terre une allumette ou une miette de pain, il se

demande comment et pourquoi elles se trouvent là, qui les y a mises, d'où elles proviennent, etc., etc. Il se sent « unter dem Drucke der Muss » de ramasser ces choses et de les regarder. Quand il l'a fait, il éprouve un soulagement, sans quoi il est en proie à l'angoisse.

Il avoue lui-même que ces réflexions ne portent que sur des futilités et non sur des questions commerciales. Un jour il a remarqué que son chef avait ramassé quelque chose à terre et, toute la journée, il a été tourmenté par l'idée de savoir quelle était cette chose. C'est une : « So ein überaus grosse Neugierde », d'après le mot même du malade.

Il se sentait forcé de savoir ce dont il s'agissait et cette angoisse eût disparu s'il avait interrogé son chef à ce sujet. Dans de pareils moments son état lui était presque insupportable. Quelques heures plus tard, lorsqu'il est redevenu tranquille, cette chose lui semble tout à fait ridicule. Il essaye quelquefois de résister à ces tentations et il passera volontairement à côté d'un morceau de papier sans le ramasser.

Mais, malgré sa volonté, après quelques pas, il retourne au morceau de papier qu'il ramasse pour se débarrasser de l'angoisse et de cet état inexplicable. Quelquefois encore, dans le compartiment d'un wagon, il se demandera pendant trois heures et plus : « Quel est celui qui a jeté une allumette près de la portière? pourquoi l'a-t-il jetée si loin? etc., etc. », et lorsqu'il ne peut trouver de solution favorable, il est dans une extrême excitation. Lorsqu'une personne le regarde, il se demande pour quelle raison cette personne le regarde, ce qu'elle pense de lui, et il se pose ces questions jusqu'à ce qu'il ressente dans ses muscles de violentes secousses. Si quelqu'un va dans une chambre voisine de celle où il se trouve, il se demande pourquoi cette personne entre dans l'autre chambre, ce qu'elle va chercher, etc., etc.

Il serait trop long d'écrire tous les exemples fournis par le malade. Le malade ne veut pas que ses pensées soient siennes, il ne peut pas se débarrasser d'elles, il s'oppose, et il les dissimule soigneusement à ceux qui l'entourent. Il reconnaît tout cela comme des futilités et il dit : « Plus les choses sont futiles, plus j'y porte d'intérêt. »

II. — M^{me} C., femme d'un commerçant, âgée de 28 ans, n'ayant jamais eu d'enfants. Le père arthritique; la mère, nerveuse, a été, dans son enfance, sujette à quelques-unes des obsessions absolument semblables à celles qu'éprouve la malade. Sur six frères et sœurs de la malade, quatre sont atteints de nervosité, d'hypocondrie et l'une des sœurs est en proie aux mêmes idées obsédantes. La malade est très intelligente et, sauf les idées obsédantes, on ne remarque chez elle aucune altération psychique. Elle nous fait part que dans son enfance, elle était déjà sujette à des obsessions et phobies. Lorsqu'elle était enfant, elle avait peur de monter en voiture et, quand elle devait y monter, elle était prise d'une extrême agitation. Cette obsession disparut après quelques années. Dans son enfance, elle était aussi atteinte de tic nerveux. Réglée à l'âge de 12 ans, les règles étaient toujours régulières. A l'âge de 15 ans, elle a été atteinte d'un catarrhe intestinal grave et, sauf cela, elle n'a jamais été sérieusement malade. Elle a été relativement bien portante jusqu'à son mariage, contracté il y a dix ans. Depuis cette époque, elle est toujours souffrante. La malade croit trouver la cause de sa maladie en ce qu'elle se couche

habituellement trop tard et qu'elle boit plus de bière qu'auparavant. Depuis son mariage, elle est frappée des diverses idées obsédantes variables : agoraphobie, sidérodromophobie, etc. Depuis quelque temps, elle ne peut supporter qu'une chose soit pendue. Une force la pousse à la dépendre et elle fait de même pour presque tous les tableaux de la chambre. Cette obsession a fait son apparition à l'époque où elle a été traitée par la méthode de Kneipp (1897) pour des accès d'angoisse et d'attente anxieuse. Durant ce traitement, elle pendait quelquefois ses bottines à un crochet et depuis cette époque, lorsqu'elle aperçoit quelque chose de pendu, elle éprouve un sentiment d'oppression, en même temps qu'un vif désir de le dépendre.

De même elle ressent la même oppression toutes les fois qu'elle voit quelque chose d'emballé ou d'enfermé. A aucun prix elle ne peut remonter un rideau baissé précédemment. Elle-même ne peut rien emballer. Les objets pendus lui donnent l'idée qu'ils vont tomber, et la malade éprouve en même temps un sentiment vague, comme si elle-même était suspendue. Ces idées et ces sentiments se produisent surtout lorsqu'elle aperçoit dans cette position des objets faciles à transporter.

Nous avons déjà dit que des choses enfermées produisent chez elle le même sentiment d'oppression. Il arriva un jour que son mari, partant en voyage, emporta le flacon de kalodont. Dès qu'elle se fut aperçue de cette disparition, elle fut en proie à une angoisse énorme et elle fut sur le point de télégraphier à son mari pour qu'il lui renvoyât ce flacon. Mais, lorsque l'angoisse, après avoir atteint sa plus grande intensité, commença à diminuer et lorsque la malade pensa que le télégramme de son mari serait cacheté, elle abandonna l'idée de télégraphier et s'acheta un nouveau flacon de kalodont. La malade ne peut rien supporter de fermé (une boîte, une lettre, etc.), elle veut que tout soit ouvert. Quand elle voit un parapluie fermé, et lorsqu'on ne l'ouvre pas aussitôt, la respiration lui manque et elle est obligée de faire un effort pour aspirer. Lorsqu'elle a écrit quelque chose, elle doit le brûler aussitôt ou l'emporter avec elle. Si elle ne le fait pas, elle ressent une angoisse. C'est pourquoi, depuis de longues années, elle n'a écrit à personne. Elle doit déballer et retirer tout ce qu'elle voit emballé dans le tiroir ou dans les boîtes. Lorsqu'elle ne peut le faire, l'angoisse la reprend. Si, à la promenade, elle se souvient que le poêle de la maison est fermé, elle est reprise de même par l'angoisse dont nous avons parlé plus haut. Lorsqu'elle est en présence d'objets mobiles, elle doit les déplacer légèrement et lorsqu'elle ne le fait pas, elle a peur qu'il ne lui arrive quelque chose et elle éprouve en même temps de l'anxiété. A la vue d'une bouteille bouchée, elle ressent un étouffement. D'autres fois, elle doit toucher toutes les poignées des portes des maisons de la rue voisine. Lorsqu'elle en a oublié une ou lorsqu'on ne lui a pas permis de descendre dans la rue, elle s'en montre très affectée, parce qu'elle croit qu'elle deviendra folle ou qu'elle mourra.

Quelquefois encore, elle est obligée de regarder dans l'intérieur des magasins et de lire des adresses et des affiches apposées sur les murs. Au moment de sortir de sa chambre, elle doit toucher un grand nombre des objets qui s'y trouvent, tableaux, verres, etc.

Un jour qu'elle allait prendre le train à une gare assez éloignée de la maison, elle se souvint qu'en partant, elle avait oublié de toucher à un petit miroir, et elle préféra rester seule à la gare et risquer de manquer le train, pendant que son mari prenait une voiture pour aller chercher l'objet en question et le lui rapporter.

Lorsqu'elle pose un verre sur la table, elle a toujours soin de le pousser un peu, car elle craint qu'en ne le faisant pas, le verre ne reste fixé à la table et que personne ne puisse l'en détacher. Lorsqu'une variété d'idées obsédantes disparaît ou s'affaiblit, une autre variété lui succède, par exemple l'arithmomanie, l'onomatomanie, agoraphobie de nouveau, etc.

Elle reconnaît que ce sont là des choses futiles et ridicules; mais elle est incapable d'y résister par elle-même. Lorsqu'elle n'obéit pas à ces impulsions, elle a peur qu'il n'arrive quelque chose aux personnes qui lui sont chères ou à elle-même. Dans les exacerbations de la maladie, elle se sent très malheureuse et la vie lui semble insupportable. Quelquefois elle croit plutôt rêver que vivre. Elle éprouve une certaine faiblesse, elle a une sensation de pression dans la tête, de même qu'un sentiment étrange que les mains, le nez et les oreilles la gênent. Elle est triste sans motif, de temps en temps, et elle a la pensée qu'elle va mourir. Ses rêves sont quelquefois des cauchemars.

Toutes ces idées obsédantes dont nous n'avons cité que quelques-unes sont très variables. Tantôt les unes ont une plus grande intensité, tantôt ce sont les autres, quelquefois elles restent à un certain état latent et la malade à ce moment est soulagée sans être cependant tout à fait débarrassée des idées obsédantes. Les idées nosophobiques, en particulier, ne la quittent jamais. La malade a toujours sur elle plusieurs petits flacons (cognac, eau pure, médicaments divers) pour combattre au besoin un évanouissement ou des défaillances, cependant elle ne s'en sert jamais. Examen somatique satisfaisant, sauf l'albuminurie. Pas de symptômes hystériques. J'observe la malade depuis trois ans déjà et je trouve l'albuminurie plus grande dans chaque exacerbation de l'état psychique, le contraire a lieu également. La malade qui est très intelligente remarque de son côté qu'après avoir mangé beaucoup de viande ou absorbé souvent du bouillon de viande, elle se sent plus mal. La franklinisation continue, ainsi que la privation de la nourriture exclusivement albuminée, ont produit dans l'état général et l'état psychique de la malade une grande amélioration.

Quel que soit le tableau clinique des phobies et des obsessions, on peut les ranger ainsi qu'il suit :

I. Idées fixes proprement dites de Griesinger, de Westphal; phrénolepsie de Meschede. On peut les considérer le plus souvent comme symptômes habituels dégénératifs. Elles n'aboutissent régulièrement à aucune psychose proprement dite. Elles se présentent sous des formes très variables, elles sont chroniques, paroxystiques. Les lésions de la sphère intellectuelle sont ici primaires.

Elles sont assez réfractaires au traitement.

II. La deuxième catégorie comprend divers états passagers et curables ou habituels qui se présentent le plus souvent sous l'aspect des diverses phobies et des cas de transition entre les obsessions et les phobies. Quelques obsessions peuvent aussi appartenir à ce groupe. Elles apparaissent le plus souvent accidentellement chez les névropathes sous l'influence des divers agents provocateurs; mais cette apparition peut avoir lieu aussi également chez les sujets relativement normaux dans les mêmes conditions.

Elles forment à la vérité un groupe à part; mais elles touchent de si près aux états neurasthéniques par les cas de transition qu'elles forment avec eux une chaîne morbide.

III. Obsessions et phobies symptomatiques : a) appartenant aux névroses : neurasthénie, hystérie, épilepsie, maladie de Basedow et maladie du nerf sympathique;

b) Intoxications.

IV. Prodromes des psychoses : mélancolie, paranoïa, paralysie générale. On a déjà remarqué qu'il y a des rapports étroits entre les obsessions et la mélancolie et la paranoïa. On observe aussi des obsessions vraies (non les idées délirantes) comme prodromes de la paralysie générale. Il est possible que les obsessions apparaissent au début dans beaucoup de cas de mélancolie et de paranoïa; mais, le plus souvent, leur existence ne peut être affirmée quand la maladie psychique est déjà déclarée.

DISCUSSION

M. RÉGIS. — Il faut différencier l'idée fixe de l'obsession; cette dernière a toujours pour base le *substratum émotif* qui manque à l'idée fixe. Les obsédés sont des névropathes toujours en vibration, toujours en proie à la crainte de tout et à une perpétuelle angoisse; état panophobique si bien analysé par M. Ribot. Mais un incident particulier parmi tous les faits de la vie courante vient à un moment donné permettre à cette panophobie générale de s'objectiver. C'est, par exemple, un chien menaçant rencontré au hasard, et désormais le sujet va rester poursuivi par l'obsession de la rage. Chez les éreutophobes, par exemple, le fait de rougir se manifeste dès l'enfance sans que le sujet s'en préoccupe particulièrement; mais une fois, il rougit dans une circonstance particulièrement émotionnante, il en garde un souvenir qui se grave en lui consciemment ou non et, à partir de ce moment, il a peur de rougir, sa tendance à la crainte s'est objectivée dans la phobie de la rougeur qui ne le quitte plus, qui devient sa pensée unique, à ce point qu'il rougit tout seul, même dans l'obscurité, à la seule pensée d'avoir rougi en d'autres circonstances. En tout cas, tout le monde sera d'accord sur le point en litige, quand on aura établi la séparation bien nette entre l'obsession et l'idée fixe.

NATURE ET ÉVOLUTION DE LA FOLIE DU DOUTE¹

par M. le professeur H. HUGHES,

de Saint-Louis.

La paralysie générale et les autres affections cérébrales se présentent sous un jour bien différent au médecin qui les observe dans un établissement spécialement destiné aux aliénés et au praticien qui exerce en ville la neurologie et la psychiatrie. Dans cette communication l'auteur se propose de donner le résultat des faits observés par lui au cours d'une pratique continue, soit en ville pendant quelques dizaines d'années, soit (pendant cinq ans) dans un asile où passent annuellement plus de cinq cents malades. De nombreux cas ont été en outre étudiés dans les hôpitaux d'Amérique, de Grande-Bretagne et d'Europe. Pour la folie du doute comme pour la paralysie générale, les cas ne se montraient pas absolument sous le même aspect en ville et à l'asile. Suivent deux observations recueillies par l'auteur dans sa clientèle privée au cours des six derniers mois.

1° Femme d'apparence agréable, âgée de 42 ans (pas encore arrivée à la ménopause) ; elle était professeur, et parmi ses élèves se trouva un très jeune homme qui s'éprit d'elle d'une façon aussi vive qu'inopportune. L'adolescent mit plus d'ardeur à étudier l'art d'aimer qu'à feuilleter ses livres, et suivit plus volontiers les suggestions de Cupidon que celles de la science. Des plus arriérés en littérature, il prouva une remarquable aptitude à suivre les leçons du petit dieu qui lance les traits de la passion amoureuse. Le temps s'enfuit avec une rapidité surprenante, et le mariage fut conclu sans le consentement des parents (le jeune homme était mineur). Le père voyait ce mariage avec chagrin, et bien que possédant une large aisance, il se montra dur et ne voulut en rien contribuer aux frais du ménage. Sous l'influence de cette antipathie, la mère épouse d'un mari presque enfant tomba dans la neurasthénie avec ses terreurs morbides. Elle avait peur de la solitude, et elle se trouvait obligée de rester la plus grande partie du temps livrée à elle-même dans une petite maison isolée des faubourgs. Ses ressources personnelles furent vite épuisées, et les gains de son mari étaient bien peu de chose. La claustrophobie, si commune chez ces infortunés névropathes, vint encore l'angoisser.

Dans la cave de la maison se trouvaient les provisions qu'elle était obligée de posséder, mais elle avait peur de la cave. Le jeune mari

1. Traduit de l'anglais par M. René Semelaigne.

considérerait une telle sensation comme ridicule, et il refusait de descendre à sa place ou même de l'accompagner.

La zone du nerf splanchnique prit bientôt part à la dépression nerveuse générale. Il survint de la torpeur intestinale, hépatique et gastrique; flatulences et dyspepsie. Insomnie fréquente. Le mari s'absentait souvent des jours et des nuits, et cette femme abandonnée, négligée et maltraitée, devint la victime de la folie du doute. Elle restait seule livrée à ses craintes morbides. La peur et le doute s'implantèrent là où avaient régné le courage et la confiance. Le mari, jugeant sa femme ridicule et déraisonnable, et se sentant incapable de lui faire abandonner ses idées, la laissait seule avec ses misères dans la maison déserte, et s'en allait chercher ailleurs, en égoïste, quelque repos d'esprit.

Les moyens employés pour combattre cet état mental ne firent que l'aggraver. La malade s'enfuit de chez elle et fut recueillie par la police, comme elle errait à travers la ville, incapable de dire son nom. Placée dans le quartier d'observation d'un hôpital, elle devient plus calme et plus raisonnable. Pendant ce temps son mari la retrouve; il la reconduit à son domicile et elle continue à s'améliorer. Durant plus d'une année elle se maintient raisonnable, du moins en apparence. Mais son cerveau cède encore au poids qui l'opprime. Elle offre alors la forme de la folie du doute. Sur tout elle hésite, questionne et doute. Il n'y a pas d'assurance consciente dans ses pensées, de certitude mentale dans ses émotions. Elle sort de chez elle pour venir à ma consultation, et se demande alors si elle devait le faire. Elle souffre et veut être soulagée; on lui prescrit l'électricité statique, et elle se demande si elle doit suivre ce traitement. L'acte exécuté, elle doute. Elle me considère comme son unique ami, et me demande si je suis bien certain de savoir ce qui lui convient. Je lui ordonne un puissant opiacé, du brome et de la valériane. Les centres psychiques déprimés se trouvant tonifiés par la thérapeutique, la malade devient plus docile au traitement et néanmoins me demande si l'hypnotique prescrit pour la nuit est sans danger. Envoyée de nouveau à l'hôpital, elle croit que les infirmières lui donnent des médicaments nocifs, mais elle se laisse persuader et finit par les prendre. Est-ce qu'on voudrait la tuer? La lueur projetée par la lanterne d'un tramway éclaire la croisée; c'est un appareil instantané qui la photographie. Cette idée disparaît après explication. Puis elle tremble pour son mari absent. Est-il en sûreté? Elle doute jusqu'au lendemain, à l'heure de la visite. Son infirmière est-elle bien en sûreté? Et elle-même la tuera-t-on? A-t-elle bien fait de venir. « Elle aurait dû tout

me dire. » Faut-il se coucher, rester debout, manger ? Une fois couchée, sera-t-elle en sûreté, et pourra-t-elle se maintenir éveillée ? En somme sa vie est un doute continu, une série d'interrogations, une succession de questions, d'hésitations. Mais elle n'est pas certaine de ses idées malades, et ne persiste pas longtemps dans son erreur. Ses doutes morbides revêtent une forme plus ou moins éphémère, mais elle n'a pas d'intervalle de calme. La dépression caractérise ses doutes et les marque de son empreinte ; elle persiste même lorsqu'ils ont disparu pour faire place à d'autres. La victime de la folie du doute est une créature aussi misérable que la mélancolique. La persistance de la dépression dans la folie du doute la distingue de la folie du toucher, plus limitée, plus émotive, tandis que l'absence de concentration dans la dépression, l'unité et la continuité du délire la séparent de la mélancolie.

La folie du doute peut se transformer en confusion mentale, et parfois lui faire suite (témoin cette observation).

Voici un autre cas.

2^e Une jeune femme, fiancée depuis plusieurs années, attendait que son futur mari eût amassé une fortune suffisante pour une installation conforme à ses goûts.

Une maladie subite, à dénouement fatal, vient briser ses plus chères espérances ; son fiancé est emporté en quelques heures, par une pneumonie double. Ce coup inattendu la laisse sans parole, sans larmes, elle perd l'appétit et le sommeil, a des vertiges et refuse d'être soulagée. Elle devient silencieuse, abattue, indécise et doute de tout. Tantôt il faut la nourrir et l'habiller, tantôt insister fortement pour la décider, soit à manger, soit à faire sa toilette. L'indécision, le doute, la lenteur, caractérisent toutes ses actions. Le choc psychique a provoqué une parésie de la volonté. Ne sachant si elle doit parler et agir, elle commence, s'arrête, et n'arrive à rien si les personnes qui l'entourent ne l'aident ou la pressent. Suivant cette croyance populaire que tout, chez la femme, a son point de départ dans le ventre, on recourt à la gynécologie, mais sans succès. D'abord l'endométrie, puis l'éternel et tout-puissant pessaire est mis en usage pour soutenir cet esprit qui s'affaisse en redressant l'utérus. Instruments, onguents, tampons, injections s'abattent sur ce malheureux vagin jusqu'au jour où, en désespoir de cause, on se décide à consulter un médecin aliéniste, ce qu'il aurait fallu faire dès le début de la maladie. Cette femme est aujourd'hui tirée d'affaire grâce à un traitement général et neuro-psychique, propre à combattre le désespoir, l'indécision et le doute. Elle reste bien encore

un peu trop longtemps à sa toilette, une sorte d'hésitation automatique persiste, mais les idées délirantes ont disparu.

Ce cas a pour point de départ évident le choc psychique. La folie du doute paraît être surtout une neuro-atrophie des neurones psychiques, entraînant l'instabilité, l'incertitude et l'hésitation dans la volition cérébrale (comme dans la cérébrasthénie des neurasthéniques). C'est une forme de désordre mental purement cérébro-atrophique et cérébro-asthénique sans toxémie appréciable; et que l'on peut rapprocher, au point de vue psychique, de l'incoordination physique des ataxiques, de la paralysie motrice des paralytiques généraux, de la fatigue physique consécutive à l'épuisement du centre moteur musculaire périphérique.

Dans toutes mes observations j'ai trouvé l'anémie, quelquefois sans autre altération du sang. Et tous mes cas ont été précédés de surmenage cérébral et d'épuisement, à la suite de soucis ou de travaux exagérés. La dégénérescence est également un facteur important, comme dans toutes les autres formes de maladies mentales.

SUR LA GENÈSE ET LA NATURE DE L'HYSTÉRIE

Par M. Oscar VOGT,

de Berlin.

L'hystérie n'est qu'un syndrome et les divers troubles hystériques se rencontrent soit seuls, soit associés à des stigmates non hystériques de dégénérescence ou de nervosisme acquis. Ces associations font qu'il est difficile de reconnaître ce qui est propre à l'hystérie. Pour essayer de le débrouiller, j'ai étudié la genèse et la nature des phénomènes morbides que nous considérons comme caractéristiques pour l'hystérie.

J'ai eu le bonheur de rencontrer quelques hystériques cultivés, doués d'un rare talent d'introspection et ayant en même temps un grand amour de la vérité. Je les plongeais dans l'hypnose partielle que j'ai décrite sous le nom d'« état de veille partielle systématisée » et dans lequel l'introspection est facilitée parce que la concentration de l'attention peut être plus grande. Je leur demandais alors de chercher si des raisons psychiques prenaient part à la genèse des phénomènes pathologiques qu'ils présentaient. A côté de cette analyse psycholo-

gique actuelle, j'étais quelquefois obligé de me contenter d'une analyse rétrospective.

Dans tous les cas, j'ai trouvé que des phénomènes psychiques prenaient part à la genèse des troubles observés.

Quelques-uns de ces phénomènes n'étaient pas propres à l'hystérie ; mais ils ne jouaient un rôle que dans les récidives. Par exemple, si le simple souvenir d'un trouble hystérique peut le reproduire, il s'agit d'un mécanisme étiologique qui se rencontre aussi en dehors de l'hystérie.

Mais, ce que j'ai trouvé sans exception dans la genèse de l'hystérie, ce sont des sentiments forts, des émotions. Cette simple constatation parle déjà pour la grande importance étiologique des émotions, et ce qui parle encore plus dans ce sens, c'est le fait que tous les phénomènes hystériques sont de la même nature que les phénomènes produits normalement en nous par les émotions. Ils s'en distinguent seulement par leur intensité pathologique.

Je range les effets des sentiments sur nous en quatre groupes :

1° Un sentiment se manifeste avec les caractères qui lui sont propres en tant que sentiment ; nous sentons en nous la colère, la peur, la joie ;

2° Par des changements dans les différents appareils : respiratoire, circulatoire, glandulaire, etc. ;

3° Par un changement de l'état général de la conscience : diminution ou augmentation de la vie psychique ;

4° Il concentre l'attention sur l'idée qui forme son substratum intellectuel. Comme conséquence, cette idée prend une vivacité plus grande et sa tendance à reparaitre augmente ; spécialement les idées de volition et les suggestions prennent une plus grande puissance.

Nous constatons des effets analogues, mais plus intenses chez les hystériques.

Ad. 1. Par exemple, à la suite d'un accident, nous observons chez un hystérique une humeur analogue à celle d'une personne normale, mais plus intense et d'une durée plus longue.

Ad. 2. Nous constatons des troubles dans la sensibilité, la motilité, la respiration, la digestion, etc., qui rentrent par leur intensité dans le domaine de la pathologie, mais qui ont des analogues normaux. Ce point élèvera peut-être quelques doutes, mais c'est seulement parce qu'on n'a pas encore suffisamment étudié les effets normaux des sentiments. Voici quelques exemples : chez des sujets normaux, on constate sous l'influence de la gaieté une exagération du réflexe patellaire avec une tendance au clonus du quadriceps, et sous l'influence

de la tristesse, une diminution de ce même réflexe allant jusqu'à l'abolition. Donc, même dans la vie normale, les sentiments influent sur les réflexes, ce qui nous prouve que les changements pathologiques des réflexes dans l'hystérie sont des phénomènes spéciaux à l'hystérie seulement par leur intensité. Comme deuxième exemple, je citerai la contraction des extenseurs pendant la joie et le fait inverse pendant la tristesse, que j'ai constatés à l'état normal. Ainsi nous avons des analogies normales correspondant aux troubles hystériques de la motilité dans les différents groupes de muscles.

Ad. 5. Au point de vue de l'influence des sentiments sur l'état général de la conscience, je rappellerai simplement les inhibitions générales que la peur peut produire chez les hystériques.

Ad. 4. La vivacité des idées associées à des sentiments forts peut prendre la vivacité pathologique des hallucinations. De plus la concentration de l'attention sur ces idées peut se manifester par un état léthargique général avec un délire tout à fait circonscrit à ces idées.

La tendance qu'ont les idées liées à un sentiment fort de reparaitre toujours, rétrécit la vie psychique des hystériques.

D'autre part, sous l'influence des sentiments, les hystériques peuvent faire des actes volontaires dont des personnes normales seraient incapables et enfin, ce que, ces dernières années, on a décrit si souvent sous le nom d'autosuggestibilité pathologique des hystériques n'est pas du tout une vraie suggestibilité exagérée, mais provient des sentiments qui s'associent aux suggestions et qui peuvent ainsi avoir des conséquences pathologiques même chez des sujets dont la suggestibilité est pathologiquement diminuée.

Maintenant se pose la question : pourquoi ces effets pathologiquement exagérés des sentiments? Là aussi, j'ai pu constater quelques causes, analogues à celles qui produisent chez nous tous des sentiments forts avec de puissants effets.

1° La psychologie individuelle nous enseigne que les gens qui ont eu de grandes émotions sont plus accessibles à d'autres émotions du même genre. En voici la raison : chaque grande émotion est composée d'éléments qui sont tous unis à des idées spéciales associées entre elles. Or, chaque émotion, en attirant l'attention sur tous les éléments intellectuels qui lui servent de base, appauvrit le contenu de la conscience et produit en même temps des associations plus tenaces entre ces éléments. Les groupes d'idées associées à l'émotion deviennent plus excitables et c'est cette excitabilité qui est encore exagérée chez les hystériques où la conscience plus appauvrie rend possible des associations encore plus tenaces. Mais ainsi on explique seulement la

réapparition des émotions pathologiquement fortes, sans donner l'origine de la première émotion pathologiquement forte.

2° Un moyen de chasser d'une façon durable les conséquences d'une grande émotion chez une personne normale, c'est d'attirer son attention sur d'autres idées. Cela vient de ce qu'une émotion dirige l'attention vers les idées qui lui sont associées et qui l'entretiennent. Or, nous observons que les hystériques ont, après des émotions, une grande tendance à en rêver; cette tendance est si forte que dans ces rêveries ils peuvent oublier leur entourage et vivre même une double vie. Mais, on observe aussi cette tendance très développée chez certaines jeunes filles qui ne deviennent jamais hystériques. Il doit donc y avoir une raison spéciale qui produit chez une partie de ces rêveuses des phénomènes hystériques.

3° C'est un fait connu que, pendant le rêve, nous pouvons avoir des sentiments plus forts et agissant plus puissamment qu'à l'état de veille. Cela se trouve surtout chez les sujets particulièrement émotifs, c'est-à-dire les enfants et les femmes, et est encore plus intense dans les cas de rêves somnambuliques. Cet effet des rêves est encore plus prononcé chez les hystériques, non seulement parce qu'ils sont plus prédisposés aux rêves somnambuliques (aussi d'origine émotive), mais encore parce que, même pendant la veille, ils présentent des états qui sont plus ou moins identiques à ces états somnambuliques, et dans lesquels ils sont plus fortement influencés par les émotions. Ces états expliquent une partie de l'exagération de l'émotivité des hystériques, mais pourquoi ces états eux-mêmes sont-ils produits d'abord par des émotions?

La vie psychique normale ne peut pas nous l'expliquer, car les personnes normales ont autant d'émotions et quelquefois plus que les hystériques. Il existe donc une émotivité pathologique. D'où vient-elle?

Étant donné que la clinique a montré le grand rôle de l'hérédité dans la genèse de l'hystérie, je suis disposé à voir dans cette émotivité pathologique une forme spéciale de la dégénérescence. Mais tout de suite surgissent d'autres questions : Est-ce que cette émotivité elle-même peut se modifier pendant la vie par des raisons endogènes? Est-ce que la vie psychique de l'individu l'influence? Enfin est-ce que des maladies, par exemple, les maladies infectieuses, les intoxications, les maladies cérébrales organiques, peuvent l'augmenter? Tout ce que je peux faire aujourd'hui, c'est poser ces questions et indiquer un chemin qui mènera peut-être à leur solution. J'ai fait une série d'études sur l'influence des sentiments sur le corps, études dont j'ai

cité plus haut quelques exemples, et dont je parlerai plus en détail au prochain congrès de psychologie. Je suis ainsi arrivé à espérer que le jour ne sera pas très éloigné, où nous serons capables de mesurer les effets de la vie affective sur le corps selon l'individu. Ce jour on pourra aussi mesurer l'émotivité des hystériques, en déterminer les caractères et décider la question de sa variabilité. Un jour nous pourrons peut-être suivre encore un autre chemin : celui de l'anatomie pathologique. Des études tout à fait récentes d'après la méthode de Nissl et la coloration de la névroglie par Weigert, nous font penser qu'il n'est pas invraisemblable que nous trouvions un jour un substratum anatomique à cette émotivité exagérée.

Mais passons maintenant à une dernière considération. Les phénomènes hystériques étant reconnus pour des phénomènes d'origine essentiellement psychique, dans quelle catégorie pouvons-nous les ranger d'après leur nature ? Il me semble que leur ressemblance avec les phénomènes du sommeil normal et de l'hypnose peut nous servir de point de départ. Le sommeil normal et l'hypnose sont des inhibitions qui présentent les caractères suivants :

1° Elles peuvent être ou légères ou profondes. L'inhibition légère porte sur la plupart des phénomènes psycho-physiologiques en respectant un petit nombre dont l'intensité est exagérée. L'inhibition profonde est complète.

2° Leur profondeur ne va jamais jusqu'à un arrêt complet de la vie psycho-physique. Elle permet toujours des phénomènes psycho-physiologiques dont on peut reproduire le souvenir par la concentration rétrospective de l'attention.

3° Ces inhibitions peuvent avoir un début et une fin brusques.

4° Elles peuvent être générales ou partielles, et dans ce dernier cas diffuses, localisées ou systématisées.

Toutes ces propriétés se retrouvent dans les phénomènes hystériques, avec la seule différence caractéristique qu'ils apparaissent ou disparaissent avec des émotions. Nous pouvons donc dire que les phénomènes hystériques représentent des inhibitions de sommeil produites par des émotions chez les sujets dont l'émotivité est pathologiquement exagérée.

Cette conclusion devient aussi intéressante pour la psychologie normale, car elle constate l'effet inhibitoire des sentiments, effet prouvé par l'étude la plus favorable : celle des émotions pathologiquement fortes.

Bibliographie.

O. VOGT. Zur Psychogenese hysterischer Erscheinungen. *Archiv für Psychiatrie*, Bd. 51.

O. VOGT. Normalpsychologische Einleitung in die Psychopathologie der Hysterie. *Zeitschrift für Hypnotismus*, Bd. 8.

O. VOGT. Zur Methodik der ätiologischen Erforschung der Hysterie. *Ibidem*.

O. VOGT. Zur Kritik der psychogenetischen Erforschung der Hysterie. *Ibidem*.

DE LA PARANOÏA PÉRIODIQUE

Par M. F. MESCHEDE,

Prof. à l'Université de Königsberg.

La définition de la *Paranoïa* a subi, comme on sait, dans les dernières époques, des changements considérables et le nombre des maladies que l'on a désignées sous le nom de *Paranoïa* s'est agrandi de plus en plus.

Tandis qu'on la considérait autrefois comme une forme d'aliénation secondaire, chronique et incurable, l'étude plus détaillée des cas nous a fait connaître qu'il y avait aussi un développement *primaire* de la *Paranoïa* (Swell); puis quelques auteurs (Ziehen) ont opposé à la forme *chronique* des *formes aiguës et curables*; enfin on a soutenu l'existence d'une forme de *Paranoïa périodique* (des observations de cette forme de *Paranoïa* ont été publiées par Mendel, Dagonet, Bechtera).

Cette extension des limites de la forme d'aliénation mentale nommée *Paranoïa* a été combattue par des auteurs divers; principalement par Kraepelin, auteur d'un traité de psychiatrie remarquable. En ce qui concerne la *Paranoïa périodique*, il rejette d'une façon absolue l'admission de cette forme. En conséquence de sa manière de considérer l'incurabilité et la marche chronique comme signes intégrants ou pathognomoniques de la vraie *Paranoïa*, la nomination d'une *Paranoïa périodique* ne pouvait lui paraître qu'une « *contradictio in adjecto* ».

Mais quant à moi, je ne peux pas du tout concéder qu'il soit exact ou nécessaire de restreindre les limites de la *Paranoïa* en admettant une manière spéciale pour l'évolution, la marche et la durée — malgré

qu'elle soit assez bien bornée et définie par ses symptômes psychopathiques distincts et caractéristiques.

Par exemple, s'il y a deux aliénés, qui tous deux présentent le même état psychopathique et dont les maladies ne diffèrent entre elles que par le développement et la durée, — en tant que la marche de l'une est continuelle et l'autre interrompue par des périodes étendues d'intermission, — il n'y a aucune raison d'*ignorer* à cause de cette différence de la marche l'identité des symptômes de l'aliénation mentale dans ces deux cas, et d'attribuer des dénominations différentes à des états d'aliénation identiques.

La raison exige que, dans la dénomination de ces deux cas, l'identité s'exprime aussi bien que la différence. Ce qu'il y a d'identique dans les deux cas, c'est le caractère paranoïque de l'aliénation, tandis que la différence n'existe que dans la marche; en conséquence, la dénomination doit être identique en ce qui concerne la forme d'aliénation, mais différente en ce qui concerne la marche.

En désignant l'état identique par un substantif identique, les choses différentes par des adjectifs différents, le problème d'une dénomination juste et convenable sera résolu.

Or, dans le nom de *Paranoïa périodique*, on exprime l'identité en ce qui concerne la forme d'aliénation, et sa *différence* de la *Paranoïa chronique* en ce qui concerne la marche.

Cette manière de dénomination empêche absolument d'identifier et de confondre des maladies de forme d'aliénation identique, mais d'une marche différente.

La grande confusion qu'il y a à présent dans la dénomination des maladies mentales a été causée principalement par ce fait de négliger les deux points de vue d'après lesquels on doit classer les *aliénations* et les *maladies* mentales.

Il faut classer les *aliénations* mentales (die *Geistesstörungen*) selon les symptômes psychiques dominants, — les *maladies* mentales (die *Geisteskrankheiten*) au point de vue nosologique, c'est-à-dire selon les causes et le processus maladif tout entier.

En voyant que la vie organique et les fonctions psychiques sont composées de *mouvements réglés* et qu'il y a quatre modes élémentaires de troubler la marche normale d'un mouvement réglé, c'est-à-dire : le ralentissement (*Hemmung*), l'accélération, la déviation et l'anéantissement (ou l'affaiblissement), nous avons à distinguer quatre formes principales des troubles de la marche régulière dans les fonctions psychiques : ce sont les états de *dépression*, d'*exaltation*, de *dévi-*
ation et d'*affaiblissement*, dont les types sont connus déjà depuis long-

temps sous les noms de *melancholia*, *mania*, *paranoïa* et *dementia*.

Ces quatre catégories, — soit dit ici en passant, — nous les trouvons aussi dans la pathologie des nerfs moteurs sous les noms de spasmes toniques, cloniques, d'ataxies et de paralysies.

Mais ces formes de perturbation (aliénation) des fonctions mentales ne sont que des états temporaires, des types symptomatiques (*sogeannte Zustandsbilder*), mais non pas des maladies d'après le sens nosologique, c'est-à-dire non pas des maladies considérées dans leurs relations causales, leur durée et leur marche.

La classification des *maladies* mentales, d'après le point de vue mentionné plus haut, appelé par moi *nosologique*, a pour but de distinguer les processus pathologiques en envisageant leurs bases fondamentales et causales, et leur marche entière, et de les ranger en des groupes naturels. Cette classification des maladies mentales ne se fait pas de la manière catégorique selon laquelle nous avons pu établir les quatre formes de perturbation mentale; elle est encore à faire pour la plus grande partie des cas de maladies mentales, quoiqu'il y ait déjà une série remarquable de groupes nosologiques assez bien déterminés, par exemple les groupes de la paralysie générale, des folies épileptiques, hystériques, des psychoses puerpérales, alcooliques, etc.

La déplorable confusion générale qui existe à présent, en ce qui concerne la classification et la dénomination des cas de maladies mentales, est produite par l'habitude d'appliquer les noms des quatre types des états d'*aliénation psychique*, non seulement pour désigner ces formes temporaires des états d'*aliénation*, mais aussi pour les formes des *maladies* mentales d'après le point de vue *nosologique*: voilà la source intarissable de la diversité des opinions, des malentendus, de la confusion permanente dans la dénomination des maladies mentales.

Pour supprimer ce grand obstacle à s'entendre dans la langue psychiatrique, je propose de n'appliquer les termes médicaux « *melancholia* », « *mania* », « *paranoïa* » et « *dementia* » que dans leur sens symptomatique, et de se servir pour la définition spéciale de la marche et de la relation nosologique d'une désignation additionnelle, soit d'un adjectif convenable, soit d'un autre mot supplémentaire. On pourrait par exemple distinguer les divers cas de mélancolie par les termes suivants: Mélancolie puerpérale, M. climatérique, M. de la puberté, etc., et distinguer de même les formes de la Paranoïa par les désignations: Paranoïa chronique, originaire, aiguë, périodique.

Pour démontrer l'existence de la Paranoïa périodique, la publication des nouveaux cas de cette forme me semble peut-être superflue, vu

les observations déjà mentionnées. Je me bornerai donc à faire une relation très brève sur deux cas observés par moi et très remarquables à divers point de vue.

Le *premier cas* était remarquable, parce qu'une augmentation de la « glandula thyreoidea » était chaque fois le précurseur d'un nouvel accès et parce qu'on a trouvé à la nécroscopie le « sinus falciformis » ossifié, altération propre à déranger la circulation du sang dans le cerveau.

La périodicité de l'autre cas, observé chez un homme pendant une époque de plus de 40 années, est confirmée par le nombre considérable de 16 accès, dont les dix derniers ont été observés par moi-même. Ce cas a, outre cela, un intérêt particulier par le caractère extraordinaire que présentait le délire de persécution : il s'était développé avec la plus grande intensité. Le malade, par exemple, craignait non seulement les persécutions de quelques personnes hostiles, mais il était dominé par l'idée illusionnaire d'être l'objet d'une conspiration générale de toutes les puissances du monde, qui avaient, par exemple, miné toute la surface de la terre afin de le détruire par des explosions. C'était, en vérité, une folie de persécution avec idées prédominantes et exagérées de grandeur, de mégalomanie. Le même caractère avait gagné la folie de grandeur de sa personnalité : il se sentait et se préconisait homme de force extraordinaire, dont les forces surnaturelles lui permettaient de ramper facilement dans l'intérieur de la terre tout entière et dont la santé ne saurait être altérée par les plus grandes quantités d'acide sulfurique et hydrocyanique ; il se croyait commandant général dans une grande guerre, combattant les puissances ennemies d'origines diverses. Mais malgré sa personnalité puissante, il sentait dans son corps les tortures hostiles qui le faisaient frémir et tressaillir ; quelquefois il se retirait sous la couverture de son lit pour éviter les agressions hostiles. Malgré la longue durée de la maladie, on n'a observé jusqu'ici aucun symptôme de paralysie.

LA VRAIE CAUSE DE LA PARALYSIE PROGRESSIVE

par M. Vladimir TSCHISCH,

Professeur à l'Université de Dorpat-Iourjeff.

Dans mon travail, communiqué au XI^e Congrès médical international, j'ai fixé, par nombres tout à fait précis, que la cause de la para-

lysie progressive peut être seulement la syphilis¹. Mais alors, je ne pouvais pas expliquer pourquoi seulement quelques-uns des syphilitiques sont atteints de la paralysie progressive. J'ai laissé la question ouverte : Les syphilitiques reçoivent-ils la paralysie progressive, s'ils ne sont pas assez traités ; ou bien doit-on expliquer cette affection par un genre particulier de l'infection ? Outre cela, la signification de l'hérédité pathologique et de la dégénération dans l'étiologie de la paralysie progressive n'était pas claire.

Depuis ce temps, c'est-à-dire, durant six ans, j'ai donné une attention spéciale à ces circonstances, et dans tous les cas je me suis efforcé de recueillir des renseignements sûrs sur la vie passée des malades et surtout d'apprendre comment ils se traitaient du lues. Maintenant je dispose de 116 observations ; ce n'est pas beaucoup, mais elles ont été recueillies soigneusement.

Depuis longtemps, j'ai remarqué que parmi les paralytiques il n'y a pas de syphilitiques qui se soient traités suffisamment et longtemps, et pour éclaircir finalement cette question, j'ai cherché à apprendre comment se traitaient mes malades et pas seulement d'eux-mêmes, mais aussi de leurs parents, de leurs connaissances et, autant que possible, de leurs médecins. Il est évident que pas un seul de ces 116 paralytiques ne s'est traité comme il faut. La pluralité, c'est-à-dire 70, ne se traitaient pas suffisamment : quelques dizaines de frictions, ou bien quelques injections, quelques dizaines de grammes d'iodure de potassium et puis, voilà tout. La minorité ne se traitait point du tout, c'est-à-dire 46. Parmi ces derniers, il y en avait peut-être de tels, qui cachaient ou oubliaient le traitement.

En me souvenant de tous mes patients, je peux assurer qu'en effet je n'ai pas vu un seul paralytique se traitant suffisamment et longtemps. Pour cette raison, je pense qu'un syphilitique, longtemps et suffisamment traité, ne peut être affecté de la paralysie progressive que par exception ; et toujours, à disquisition profonde, il était évident que le malade ne se traitait pas suffisamment.

Quant à l'hérédité pathologique et à la dégénération, il est indubitable que parmi les paralytiques, il y a beaucoup moins de dégénérés que parmi tous les autres aliénés. A peine y a-t-il plus de dégénérés parmi les paralytiques que parmi nous.

Naturellement, pour résoudre cette question, les nombres n'ont pas de signification décisive ; pour compléter seulement, j'en citerai quelques-uns : sur 116 paralytiques, il y en avait seulement 16 qui

1. Zur Aetiologie und Therapie der progressiven Paralyse der Irren. *Atti dell' XI Congresso medico*, V. IV.

avaient des malades physiques et nerveux parmi leurs parents, et 9 qui étaient accablés d'une hérédité pathologique directe, c'est-à-dire, ayant un père, une mère, un frère ou une sœur malade. Il n'est pas nécessaire d'ajouter qu'à cet égard, le paralytique diffère fortement des autres malades psychiques.

Depuis longtemps j'ai remarqué qu'il n'y a pas de dégénérés parmi les paralytiques; il n'y a pas de personnes affectées de signes bien exprimés (psychiques ou physiques) de dégénérescence. Quant aux paralytiques, je peux dire la même chose qu'a indiquée le professeur Orchansky¹, par rapport aux lésions organiques du système nerveux chez les syphilitiques.

Le même antagonisme existe entre l'hérédité névropathique et la paralysie progressive. Les dégénérés, les personnes chargées d'une grave hérédité névropathique, ne sont pas sujets à la paralysie progressive. Sans doute, il y a des exceptions, mais rarement. Les paralytiques sont des personnes tout à fait normales avant que la maladie éclate; auparavant, ils n'ont eu aucune maladie psychique, ils n'attiraient pas sur eux l'attention des autres par leur singularité. Je ne me souviens point d'avoir vu un paralytique qui, auparavant, fût affecté d'une maladie psychique ou qui se distinguât par des bizarreries, par de l'originalité. Je fus étonné du petit nombre de paralytiques parmi les criminels; aussi est-il rare que les *puellæ publicæ* soient affectées de la paralysie progressive. Maintenant ce phénomène est tout à fait intelligible.

La paralysie progressive est une maladie des personnes normales, douées d'un système nerveux sain; cette circonstance est d'une grande importance pratique, parce que dans un cas douteux, on peut toujours exclure la paralysie progressive, si le malade est doué d'une organisation névropathique. En beaucoup de cas, ce fait m'a aidé à faire une juste diagnose; il est clair que les névropathiques sont aussi sujets à la paralysie progressive, mais il est aussi rare que l'attaque de cette maladie atteigne les syphilitiques qui se traitent longtemps et suffisamment.

Quant à l'abus de l'alcool, dans le développement de la paralysie progressive, on ne peut pas faire *a posteriori* de conclusions positives. Sur 116 paralytiques, 25 seulement abusaient de spiritueux; il suit de là que ceux qui boivent peu, de même que ceux qui ne boivent point du tout, peuvent être affectés de la paralysie progressive.

1. De l'antagonisme entre l'hérédité névropathique et les lésions organiques du système nerveux chez les syphilitiques. *Comptes rendus du XII^e Congrès de médecine.*

On ne peut même pas fixer si ceux qui abusent de spiritueux sont affectés de la maladie plutôt que ceux qui ne boivent pas ; car justement la paralysie progressive se développe, après l'infection de 5 à 20 ans, chez ceux qui boivent aussi bien que chez ceux qui boivent peu ou point. Pour cela je pense que la signification de l'abus de spiritueux dans l'étiologie de la paralysie progressive n'est d'aucune valeur. Justement les alcooliques par excellence sont très rarement affectés de la paralysie progressive. *A priori*, sans doute, l'abus de l'alcool doit jouer un grand rôle dans l'étiologie de la paralysie progressive ; de là s'explique aussi l'opinion bien répandue de la grande importance de l'abus des spiritueux dans l'étiologie de cette maladie.

J'insiste surtout sur ce fait que les syphilitiques non traités ou pas suffisamment traités, sont affectés de la paralysie progressive, eu égard à l'énorme importance pratique de ce fait. L'explication fautive des vraies causes de la paralysie progressive a coûté très cher à l'humanité. La connaissance de la vraie cause de la paralysie progressive diminue considérablement le nombre de ces maladies.

DISCUSSION

M. BAJÉNOFF. — Dans les antécédents personnels des paralytiques généraux on trouve toujours comme cause la syphilis, plus une autre cause quelconque, incertaine, qui est peut-être le fait de vivre à la ville, étant donnée la rareté de la paralysie générale dans les campagnes parmi les paysans chez lesquels la syphilis est assez fréquente.

M. WAHL fait observer que dans la communication qu'il doit faire au Congrès avec M. Vallon, ils arrivent à une conclusion diamétralement opposée en ce qui concerne la prédisposition nerveuse. Pour eux la prédisposition héréditaire et la dégénérescence jouent un grand rôle dans l'étiologie de la paralysie générale. M. Wahl cite un cas qu'il a observé récemment avec M. Garnier, dans lequel la sœur d'un paralytique général, mort à Bicêtre, fut atteinte d'amnésie hystérique. Enfin, il rappelle la thèse récente de Rogues de Fursac, sur les stigmates physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux.

M. GREIDENBERG. — La syphilis ne peut être considérée comme seule cause de la paralysie générale. J'ai observé quelques cas de cette maladie chez des personnes absolument indemnes de l'intoxication luétique et c'était surtout chez des femmes.

La statistique étiologique de la paralysie générale doit être faite avec beaucoup de persévérance, parce qu'elle dépend d'un certain nombre de conditions toutes spéciales pour chaque pays.

M. LALANNE dit que, dans sa maison de santé, à Bordeaux, il n'y a eu, en cinquante-cinq ans, que quatre femmes paralytiques générales et qui, toutes les quatre, étaient syphilitiques.

M. TSCHISCH. — A la campagne, en cherchant bien, on trouve aussi des paralytiques généraux, avec ou sans tares héréditaires, *mais toujours*

syphilitiques. Chez les dégénérés comme chez les criminels-nés que j'ai étudiés, la paralysie générale est moins fréquente que chez les individus normaux et quand on la rencontre, elle est encore précédée par la syphilis. Chaque maladie peut n'avoir qu'une cause. Pas plus que les autres maladies, la paralysie générale n'a besoin de plusieurs causes, et la cause unique en est la syphilis.

M. RÉGIS. — Dans la généralité on ne rencontre pas chez les paralytiques généraux de tares dégénératives, alors qu'on trouve toujours chez eux la syphilis. J'ai fait faire une thèse sur la paralysie générale chez les religieux. L'auteur a fait une enquête en s'adressant aux aliénistes du monde entier, qui ont répondu. Or, la paralysie est exceptionnellement rare chez les religieux de tous les cultes. Quand on la rencontre chez eux, c'est toujours chez d'anciens syphilitiques. L'alcoolisme, au contraire, souvent invoqué comme cause de la paralysie générale, est fréquent chez les religieux de certains pays (Bretagne), sans que la paralysie progressive se montre chez ces derniers. Enfin les vésanies sont aussi fréquentes chez les gens d'église que la paralysie générale y est rare. On a beaucoup dit que certains peuples, comme les Arabes, étaient exempts de paralysie générale malgré une syphilisation énorme. Eh bien ! un ouvrage récent montre à la fois la fréquence relative de la paralysie générale chez les Arabes du Caire et la conversion de son auteur à la conviction que la syphilis en est bien la cause.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

SAMEDI 4 AOUT*Séance du matin.***Présidence de M. MELLO REIS**

SOMMAIRE. — 2^e Question. Anatomie pathologique. De l'anatomie pathologique de l'idiotie. Rapports de MM. MIERZEJEWSKI (Russie), SHUTTLEWORTH et FLETCHER BEACH (Angleterre), BOURNEVILLE (de Paris). — Contribution à l'étude de l'histologie pathologique de l'idiotie, par MM. CL. PHILIPPE et J. OBERTHUR. — Discussion : MM. TOULOUSE, GILBERT BALLEZ, BOURNEVILLE, RÉGIS. — Communications diverses : Paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution. Analgésies cutanées viscérales profondes. Autopsie : intégrité de la moelle, par MM. JOFFROY et GOMBAULT. Discussion : MM. LALANNE, JOFFROY. — Origine onirique de certains délires dans la paralysie générale, par MM. RÉGIS et LALANNE. — Des fractures spontanées dans la paralysie générale, par M. LALANNE. Discussion : M. RÉGIS.

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

DEUXIÈME QUESTION. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE**DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'IDIOTIE.****RAPPORT**

par **M. J. MIERZEJEWSKI,**

Membre du Conseil médical,
Ancien professeur de clinique mentale de Saint-Petersbourg.

La classification des différentes formes de l'idiotie proposée par M. Bourneville¹, basée sur des changements anatomo-pathologiques grossiers, évidents, la plupart morphologiques, du système nerveux central, correspond aux besoins pratiques de la science dans son état actuel; mais la classification anatomo-pathologique basée sur l'étude de la structure délicate du tissu nerveux et de ses éléments, et sur des notions embryologiques précises, s'imposera avec le progrès de nos connaissances.

La base de toutes les lésions anatomiques des cerveaux d'idiots est la déviation du développement du tissu nerveux; il faut chercher son origine dans la vie embryonnaire ou dans les lésions pathologiques qui se produisent dans la plus tendre enfance et sont le point de

1. BOURNEVILLE, *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*. Compte rendu du service des enfants idiots, etc., de Bicêtre pendant l'année 1890.

départ des déviations de développement ultérieures. Il n'existe pas de véritable arrêt de développement sous le rapport morphologique et histologique comprenant le cerveau en entier; mais il y a un véritable arrêt de développement de certaines régions du tissu cérébral, qui peut être constaté par la présence des neuroblastes. Parmi les cerveaux d'idiots qui appartiennent à cette catégorie, dont la nature histologique délicate est mieux étudiée, et qui d'après leur caractère spécial peuvent former un groupe isolé, se trouvent les cerveaux dans lesquels la substance blanche des hémisphères cérébraux est très développée, tandis que la substance grise de l'écorce se distingue par son abondance prodigieuse. Ces cerveaux, qui appartiennent aux microcéphales et demi-microcéphales, ont le plus souvent l'arrangement des circonvolutions mycrogyriques; mais ils peuvent être sans microgyrie (cas de Meine, Matell).

Le premier cas décrit dans la science est celui que j'ai communiqué au Congrès international de Genève de 1877 et qui a été publié dans les comptes rendus et mémoires de ce Congrès (p. 642 et suiv.). D'autre part, en 1878, je suis revenu avec plus de détails sur ce cas, dans une communication sur l'anatomie pathologique de l'idiotie publiée également avec des planches dans les comptes rendus du Congrès international de médecine mentale de Paris¹.

C'est cette même année, en 1878, qu'a paru l'observation de Heschl² (de Vienne) suivie de toute une série de recherches appartenant à Chiari³, Otto⁴, Matell⁵, Marchand⁶, Meine⁷, Scarpatetti⁸, Oppenheim⁹, Bresler¹⁰, Monakow¹¹, etc.

1. MIERZEJEWSKY. *Recherches anatomo-pathologiques sur l'idiotie*. Compte rendu du Congrès international de médecine mentale de 1898, tenu à Paris (p. 215 et suiv.).

2. HESCHL. *Ueber die vordere Quere Schlafenwindung*, u. s. w. 1878. Festschrift anlässlich des 20 jährigen Jubilaeums der Irrenanstalt in Wien.

3. CHIARI. *Ueber einen Fall von Mikrogyrie bei einem 15 monathligen Knaben* (Jahrbuch für Kinderheilkunde, 1879).

4. OTTO. *Casuistische Beiträge zur Kenntniss der Mikrogyrie*. Archiv. f. Psychiatrie XX Band, 1 Heft.

5. MATELL. *Ein Fall von Heterotopie der grauen Substanz*. Archiv. f. Psychiatrie, XXV Band, 1 Heft.

6. MARCHAND. *Beschreibung dreier Mikrocephalengehirne* (Nova acte der. Ksl. Liop. Car. Deutsche Akademie der Naturforscher Abtheilung, I, Bd LIII, A 5, Abth. II. Bd LV N. 5, 1890).

7. MEINE. *Ein Beitrag zur Lehre von der echten Heterotopie grauer Hirnsubstanz*. Archiv. f. Psychiatrie XXX, Bd, 2 Heft.

8. SCARPATETTI. *Mikrocephalia vera*. Archiv. f. Psych, XXX, Bd. 2 Heft.

9. OPPEINHEIM. *Ueber Mikrogyrie*, etc. Neurologische Centralblatt 1895, N. 5.

10. BRESLER. *Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Mikrogyrie*. Archiv. f. Psychiatrie XXX, Bd. 5 Heft.

11. MONAKOW. *Ueber einen Fall von Mikrocephalie*. Archiv. f. Psychiatrie, XXXI, Bd. 5 Heft. 845.

Les cerveaux d'idiots qui nous occupent se caractérisent par le développement très faible du centre semi-ovale, par la distension énorme des ventricules, les hémisphères cérébraux se transformant en vessies à parois minces; l'épaisseur des hémisphères, dans le cas décrit par Monakow, atteignait de 15 à 4 millimètres, et dans le cas que j'ai décrit, de 16 à 5 millimètres. Dans ce dernier cas, la substance grise comprenait les deux tiers de la paroi des hémisphères, et la substance blanche un tiers seulement et parfois même moins.

Ces cas sont de beaux exemples de l'exiguïté que peut atteindre la substance blanche des hémisphères, ils sont toujours accompagnés de microcéphalie et de microgyrie. Dans les autres cas, la substance blanche des hémisphères est amoindrie dans des dimensions moins élevées et la microgyrie peut faire défaut. Dans les cas bien étudiés sous le rapport histologique, avec l'application des nouvelles méthodes de recherches (cas de Matell, Meine, Monakow, etc.), on a trouvé le manque ou le développement insuffisant des fibres myéliniques intracorticales transverses. Dans le cas de Monakow n'existaient ni fibres tangentiellles zonales, ni stries de Vicq-d'Azyr; dans le cas de Matell, les fibres tangentiellles zonales, les stries de Baillarger et de Vicq-d'Azyr étaient développées; dans les cas de Meine, les stries tangentiellles n'existaient pas, mais les stries de Baillarger et de Vicq-d'Azyr étaient bien prononcées.

Quant aux associations sous-corticales courtes (unissant les circonvolutions voisines) et longues (unissant des circonvolutions lointaines), dans le cas de Monakow elles disparaissaient pour la plupart; dans le cas de Matell, de Meine, les associations courtes étaient assez développées, mais les longues voies d'association manquaient complètement ou étaient dans un état de très faible développement.

Les faisceaux radiés, assez bien développés dans le cas de Monakow, étaient extrêmement minces dans le cas de Matell.

L'insuffisance de la substance blanche des hémisphères se supplée par la substance grise qui se distingue par la richesse de son développement et l'épaisseur énorme de l'écorce. La substance grise des circonvolutions se présente dans certains cas avec toutes ses couches caractéristiques bien distinctes et leurs éléments, parmi lesquels existent les cellules géantes; dans d'autres cas, les cellules sont ratatinées, il n'y a pas de régularité dans leurs arrangements et les cellules géantes manquent.

Ce qui caractérise la substance grise des hémisphères de pareils cerveaux, c'est l'existence entre la quatrième couche de la substance grise de l'écorce et le centre semi-ovale, d'une couche intermédiaire

large et puissante de neuroblastes (mon cas) ou d'une couche d'éléments ganglionnaires ressemblant à la quatrième couche de la substance grise des circonvolutions (cas de Matell, Meine), mais se distinguant de cette dernière par l'irrégularité d'arrangement des éléments ganglionnaires. Une strie de la substance blanche sépare, dans le cas de Meine, la quatrième couche de la couche intercalée. — Quant à cette couche intermédiaire, elle est composée d'éléments ganglionnaires : les auteurs la nomment l'hétérotopie de la substance grise, quoique cette hétérotopie soit une hétérotopie diffuse et ne ressemble pas à l'hétérotopie ordinaire, car cette dernière se présente sous la forme d'ilots de cellules ganglionnaires incrustés dans la substance blanche. Chez les microcéphales avec microgyrie, la couche intercalaire est formée de neuroblastes ; chez les demi-microcéphales, d'éléments plus développés, qui ressemblent à la quatrième couche de la substance grise de l'écorce (cellules polymorphes).

Par conséquent, il existe un type particulier du cerveau de microcéphale, qui se caractérise par la richesse de la substance grise et le développement insuffisant de la substance blanche et qui s'accompagne de microgyrie. Ce type se distingue du type ordinaire du cerveau microcéphalique, parce que, dans ce dernier, avec amoindrissement général du tissu nerveux des hémisphères, les proportions correspondantes entre la substance grise et la blanche sont conservées. — Après ce type particulier propre à certains cerveaux de microcéphales, type représentant l'arrêt de développement de la substance blanche des hémisphères cérébraux au degré le plus avancé, viennent les cerveaux de certains demi-microcéphales, chez lesquels l'arrêt de développement de la substance blanche atteint un degré moins grand et s'accompagne de l'hétérotopie sous-corticale diffuse de la substance grise. — Mais dans ces deux cas, le type reste le même, et son caractère spécial consiste en ce que, entre la substance grise des hémisphères cérébraux et le centre semi-ovale, le tissu nerveux parfois se trouve dans un état d'arrêt de développement vrai (qui se constate par la présence des neuroblastes), et dans les autres cas, dans un état de déviation de développement (qui s'exprime par la présence des éléments ressemblant aux cellules ganglionnaires de la couche profonde de l'écorce).

Sur les préparations microscopiques faites du cerveau microcéphale avec microgyrie, que j'ai présentées cette année à la Société psychiatrique de Saint-Petersbourg, nous avons pu démontrer :

Sur une coupe faite du lobe frontal droit et coloré par la méthode de Weigert, l'épaisseur de la paroi de l'hémisphère depuis le sommet

de la circonvolution jusqu'à la terminaison de la couche épendymaire du ventricule.	= 11 millimètres,
l'épaisseur de la substance blanche.	= 4 —
— de la substance grise.	= 7 —
— de la couche corticale seule.	= 2 1/2 —
— de la couche des neuroblastes.	= 4 1/2 —
. Sur une coupe faite du lobe temporal droit :	
l'épaisseur de la paroi de l'hémisphère.	= 7 millimètres.
— de la substance blanche.	= 2 —
— de la substance grise	= 5 —
— de la couche corticale seule	= 2 —
— de la couche des neuroblastes	= 5 —

On pouvait remarquer, dans la couche corticale, les cellules pyramidales petites et grandes rangées en étages parfois irréguliers et, dans les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, de véritables cellules géantes; par la coloration de Lenhossek on pouvait y découvrir la substance chromophile. — La plus grande longueur des cellules géantes égale 0,070 millimètre, leur plus grande largeur 0,015.

La couche supérieure zonale de la substance grise était énormément développée, surtout à la place des sillons (très peu profonds) sous lesquels la substance de l'écorce paraissait provenir de la fusion de deux circonvolutions voisines; à cette place l'épaisseur de la couche zonale atteignait quelquefois 2 millimètres; cependant, au sommet des circonvolutions, cette couche avait de 0 m. 2 à 0 m. 4.

Les faisceaux radiés étaient très minces; cependant leur plus grande épaisseur à la base (avant radiation) atteignait quelquefois 5 millimètres (lobes frontaux); mais la plupart étaient beaucoup moins épais et très souvent ne dépassaient pas 1 millimètre.

Quant aux fibres à direction transversale de l'écorce, nous avons trouvé sur quelques préparations dans la couche zonale les fibres tangentielles faiblement prononcées. Mais nous n'avons trouvé ni feutrage superradiaire, ni stries de Baillarger ou de Vicq-d'Azyr, ni fibres d'association externes de Meynert. Même les fibres courtes d'association de la substance blanche ou fibres en U, qui étaient si bien développées dans le cas de Meine et Matell, manquaient.

Dans les longs faisceaux d'association on pourra distinguer sur les préparations traitées par la méthode de Weigert les fibres commissurales calleuses assez bien développées et comme un rudiment du fascicule longitudinal inférieur, et des radiations de Gratiolet; on peut noter peut-être un mince faisceau de la substance blanche de moins

d'un demi-millimètre d'épaisseur qu'on rencontre sur la coupe vertico-transversale passant par le précuneus.

La couche de neuroblastes se présente remplie par des cellules de forme sphérique, piriforme ou ovulaire, avec le protoplasma mince et transparent et le noyau bien distinct; leur plus grande largeur était de 0 m. 010 à 0 m. 012, leur plus grande longueur égale à 0 m. 018.

On remarque aussi dans ces préparations la présence, dans la substance blanche des hémisphères, de véritables cellules ganglionnaires de forme pyramidale ou polymorphe. Ces cellules sont très rares, dispersées, isolées et jamais agglomérées en forme d'îlots dans la substance blanche. En outre, dans la couche zonale de l'écorce, paraissaient parfois des cellules ganglionnaires de grande dimension rappelant les grandes cellules pyramidales de la troisième couche de l'écorce. Ainsi on constate dans ce cerveau la présence de l'hétérotopie de cellules ganglionnaires dans la substance blanche sous-corticale et l'hétérotopie des grandes cellules pyramidales dans la couche zonale.

L'examen des cerveaux d'idiots dont nous avons exposé les principaux traits anatomo-pathologiques nous amène de prime abord à la conclusion, que la richesse de la substance grise et l'abondance des cellules nerveuses peuvent être accompagnées d'idiotie. Mais dans ces cas le système de liaison des circonvolutions est arrêté dans son développement, et ce manque de voies de communication, ce défaut d'harmonie dans le développement des différents éléments nerveux, rend imparfait un organe si prodigieusement doté sous certains rapports et si pauvres sous d'autres. Mais dans le système nerveux central, tout dépend non pas de la quantité, mais de la qualité des éléments et de leurs combinaisons réciproques. De manière que la substance blanche n'est que la continuation des prolongements des cellules nerveuses : ainsi la richesse des ramifications dendriques et cylindro-axiles de ces cellules favorise le développement abondant de la substance blanche, et la pauvreté de ces ramifications rend son développement insuffisant. Ainsi dans les cerveaux où la substance blanche est peu développée, les cellules nerveuses doivent être pauvres en prolongements et leur activité fonctionnelle affaiblie ou abolie. — La multiplication et la grande étendue des connexions des cellules pyramidales semble être une des conditions principales des manifestations intellectuelles. Mais la suprématie intellectuelle semble donc être le résultat moins du nombre que de la multiplicité et de l'étendue de leur connexion (Dejerine). Par conséquent, la richesse des cellules nerveuses peut coexister avec l'idiotie, si les cellules sont

dépourvues de leurs ramifications multiples et étendues. C'est ainsi que manquent les voies par lesquelles se propagent, s'accroissent et se combinent les forces nerveuses.

L'abondance de la couche de neuroblastes dans les hémisphères des idiots, qui indique le véritable arrêt de développement de certaines parties du tissu cérébral, provoque sans doute l'insuffisance des fonctions du système nerveux jointe à la manifestation de l'intellect. — Mais les neuroblastes dans des conditions favorables de nutrition peuvent peut-être se transformer en éléments d'ordre supérieur, c'est-à-dire en cellules nerveuses. Dans la couche des neuroblastes se rencontrent quelquefois des cellules polymorphes. Ainsi les neuroblastes qui conservent un certain temps leurs formes embryonnaires, et qui se trouvent dans un état de léthargie fonctionnelle, peuvent sous l'influence d'une impulsion propice se transformer en cellules nerveuses et contribuer à rehausser l'activité des fonctions cérébrales. C'est ainsi peut-être que s'expliquent des cas de profonde idiotie sans espérance, dans lesquels succède quelquefois d'une manière, pour nous incompréhensible, une amélioration notable des facultés intellectuelles, et l'idiot paraît se réveiller d'un sommeil prolongé, en conservant tout de même pour toujours le cachet de son infirmité psychique mais dans un degré moins prononcé.

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'IDIOTIE

RAPPORT

par **M. G. E. SHUTTLEWORTH M. D.**

Ex-médecin en chef de l'asile « Royal-Albert » pour les idiots et les imbéciles (Lancaster)

et **M. FLETCHER BEACH, M. B., F. R. C. P., Londres**

Ex-médecin en chef des écoles Darenth pour les enfants imbéciles (Dartford, Kent).

Déjà, à une époque aussi reculée que celle d'Hippocrate, les caractères physiques de l'idiotie avaient été observés. Dans le premier volume de la traduction anglaise de ses œuvres, nous trouvons une allusion à une nation sauvage du voisinage du Caucase qu'on appelait « Macrocéphales » à cause d'une coutume des habitants, de produire une déformation cranienne, chez leurs enfants, car, pensaient-ils, « aux plus illustres appartiennent les plus longues têtes ». « Dès le début », écrit Hippocrate, « l'usage était la cause principale de la longueur de leur tête; mais maintenant la nature coopère avec l'usage.... D'abord l'usage

agissait, de sorte que cette conformation était le résultat de la violence; mais dans le cours du temps, elle fut formée naturellement, de sorte que l'usage n'eut rien à faire avec elle; car le sperme vient de toutes les parties du corps, le sain des parties saines, et le malade des parties malades. »

Nous citons cette doctrine hippocratique de la perpétuation, dans la race, de caractères artificiellement acquis par les ancêtres, parce qu'il est intéressant de noter les vues des anciens au point de vue de la pathogénie des anomalies; mais nous avons besoin des lumières des écrits d'Hippocrate aussi bien que de celles des ouvrages de Pline (*Gens macrocephali : oppidum cesarus; portus cordulæ*), qui, lui aussi, mentionne les macrocéphales comme présentant des anomalies mentales associées à une difformité physique (fait dont la confirmation a été donnée par la découverte dans les tombeaux de Kertch, en Crimée, de squelettes avec des crânes présentant de telles déformations). Jugeant par ce que nous savons de l'histoire des premiers habitants du Mexique, qui pratiquaient une déformation semblable, il ne s'ensuit pas nécessairement que l'atrophie mentale résultait de cette entrave à l'impulsion normale de développement du crâne.

Tulpius, dans ses *Observationes medicæ variores*, consacre un chapitre à l'hydrocéphalie qu'il avait vue associée à l'idiotie. Dans les œuvres complètes de Willis (édition anglaise), nous trouvons à la partie qui traite de l'anatomie du cerveau la description, avec des planches, du cerveau d'un jeune homme complètement imbécile, dont les dimensions atteignaient à peine un cinquième du cerveau normal; et cette observation est le premier travail scientifique que nous puissions trouver de l'affection aujourd'hui décrite sous le nom de microcéphalie.

Pinel, dans son *Traité de l'Aliénation mentale*, décrit aussi, avec des figures, deux cas de microcéphalie, et Gall et Spurzheim, dans l'atlas qui accompagne leur *Anatomie et physiologie du cerveau en général et du cerveau en particulier*, donnent des planches représentant des têtes et des crânes de microcéphales et d'hydrocéphales.

Jusqu'à présent, les observations citées contenaient des renseignements surtout sur les anomalies de dimensions et de forme. Mais nous trouvons, dans les « Mémoires de l'Académie de Berlin pour 1760 », des observations de Meckel sur les déformations osseuses du crâne, par rapport aux anomalies de l'encéphale. Tulpius remarque dans ses « *Observationes medicæ variores* » que, dans les cas d'idiotie observés par lui, les circonvolutions cérébrales étaient moins nombreuses que d'ordinaire, et Malacarne (*Encephalotomia nova universale*) établit

que les lamelles du cervelet augmentent ou diminuent par rapport au développement de l'intelligence.

Plus tard, nous trouvons des observations relatives, non seulement à la conformation, mais encore à la structure du cerveau. Meckel, en 1760, notait qu'il avait remarqué chez les idiots, de la sécheresse et de la dureté de la substance cérébrale. Bonnet et Haller ensuite relatent des tumeurs et des ulcérations produites chez les idiots dans les cas de troubles mentaux. Finalement, Esquirol dans le chapitre sur l'idiotie de son traité classique *Des Maladies Mentales*¹, note que les circonvolutions cérébrales des idiots sont, en règle générale, petites, atrophiées, compactes et minces, et que les ventricules latéraux sont de faible capacité.

Du bref résumé historique que nous venons de donner, nous retiendrons que les anciennes observations insistent davantage sur les dimensions et la forme de la tête, dans l'anatomie pathologique de l'idiotie, et ce n'est qu'à une période ultérieure que les particularités morphologiques de l'encéphale furent décrites, tandis que la structure intime du cerveau a été l'objet d'investigations relativement récentes.

Si nous passons maintenant aux opinions contemporaines, nous voyons que la façon de penser moderne au point de vue des vices mentaux est de considérer la pathologie et la classification comme mutuellement dépendantes. Et, suivant ce plan, nous classerons l'anatomie pathologique de l'idiotie sous les trois chefs suivants :

- I. Vices de formation congénitale.
- II. Vices survenant au cours du développement.
- III. Vices acquis ou accidentels.

Sous le premier titre nous groupons :

- 1° La microcéphalie;
- 2° L'hydrocéphalie;
- 3° La scaphocéphalie;
- 4° Les imperfections cérébrales de type « mongol » des tissus osseux, cutané, muqueux et cardiaque;
- 5° Les cas névropathiques congénitaux (*genetous*);
- 6° Les cas amaurotiques;
- 7° Le crétinisme sporadique;
- 8° Les cas présentant des atrophies partielles et locales.

1° Par microcéphalie en relation avec les vices mentaux nous entendons l'exigüité anormale de la tête avec une conformation spé-

1. ESQUIROL, *Des maladies mentales*, t. II, p. 555, se réfère à des observations d'Hippocrate sur les Microcéphales, que nous n'avons pu vérifier.

cial, brièvement résumée ainsi : front fuyant rapidement, avec développement imparfait du frontal, vertex conique, et occiput défectueux : signes caractéristiques de ce type. Nous ne reconnaissons de limite définie, ni à la dimension de la tête ni au poids du cerveau « *per se* » constituant la microcéphalie, quand les conditions précédentes manquent. Des cas ont été rapportés d'idiots dont la tête mesurait seulement 12 pouces (50^o40 centimètres) (cas du D^r Beach, *I. M. Congress Trans*, 1881), 15 pouces 1/2 (54^o2^e) (cas du D^r Wilbur rapport *New-York State Asylum*, 1857) et 16 pouces 5/4 (40^o6^e) (cas du D^r Shuttleworth, *Journ. Mental, Science*, octobre 1878). Les caractères anatomopathologiques communs semblent être : un raccourcissement postérieur des hémisphères cérébraux tel que le cervelet restait découvert; l'arrêt de développement pendant la vie intra-utérine ayant empêché la croissance postérieure (probablement entre le troisième et le quatrième mois de la gestation) des deux hémisphères, et contrarié le développement en détail dans ces derniers, une fois formés. Tandis que toutes les parties du cerveau sont très réduites, il a été noté que le frontal et le pariétal étaient plus développés que la région temporo-sphénoïdale et occipitale. Dans les deux cas décrits par Cunningham et Telford Smith (*Transactions de la Société royale de Dublin*, vol. V, 8^e partie, p. 285-552), la réduction marquée de cette partie de l'hémisphère située derrière la scissure de Rolando est notée. Ces autorités remarquent (page 551) que dans la microcéphalie « le caractère notoire et essentiel du cerveau réduit est l'état abortif du lobe occipital ». La place qui nous est assignée ne nous permet pas de puiser plus largement dans l'excellente monographie des auteurs ci-dessus mentionnés; mais ils nous ont autorisé à montrer quelques-unes de leurs illustrations.

La synostose prématurée des sutures craniennes a été reconnue comme une cause de microcéphalie; mais nos observations, parmi lesquelles, dans un grand nombre de cas, les sutures étaient imparfaitement fermées aux 10^e, 12^e, 15^e, 19^e et même 29^e année, contredisent cette manière de voir. Comme l'a très bien dit le professeur Sir A. Humphrey, après un examen de 19 crânes microcéphales : « Il n'y a rien, dans ces sujets qui nous autorise à dire que le développement incomplet du cerveau était le caractère dominant de la difformité », et, allant plus loin, il conclut que « la croissance du cerveau est le facteur déterminant de la forme du crâne ».

A l'examen microscopique, les cellules étaient de formation simple, généralement arrondies ou ovalaires, avec peu d'apophyses, lesquelles étaient petites, rabougries. Le noyau était ordinairement au centre

de la cellule et présentait une lacune arrondie; parfois, il était à la base. Le contenu était formé de protoplasma faiblement coloré.

2° L'hydrocéphalie comprend à la fois les cas d'origine postérieure et antérieure à la naissance. Mais dans les deux cas, la forme de la tête, inversement ovoïde, si on la regarde par-dessus, de contour globulaire avec une saillie au-dessus des tempes, est absolument caractéristique. L'anatomie pathologique nous aidera toutefois à distinguer les deux variétés; car, d'après Meynert, on trouve dans l'hydrocéphalie congénitale une extension des ventricules latéraux dans leur long diamètre, alors que, dans les cas acquis, l'augmentation se fait dans le sens vertical et transversal.

Dans les cas congénitaux, la membrane pariétale (épendyme) limitant les cavités ventriculaires peut être résistante et simple. Les lésions de l'hydrocéphalie peuvent être asymétriques, et consister en une dilatation considérable de l'un des ventricules, l'autre restant près des dimensions normales; le ventricule droit étant plus fréquemment frappé que le gauche (BOURNEVILLE, *Recherches*, vol. XX, 1899, p. 92). La dilatation peut atteindre aussi les 5^e et 4^e ventricules, et la compression et l'atrophie des parties comprimées peuvent en résulter; le septum inter-ventriculaire peut s'effacer et les hémisphères offrir une grande similitude avec un kyste volumineux; la totalité du liquide contenu mesurant fréquemment plus d'une pinte (0,56 litre); dans un cas relaté par le Dr Beach on a trouvé 5 pintes de liquide. Les os du crâne sont séparés par une pression interne toujours croissante, et plus le malade est jeune, plus grande est l'expansion. L'atrophie par compression est la lésion caractéristique dans ces cas qui affectent, chez les enfants dans la période de croissance, aussi bien les cellules que les fibres nerveuses. Parfois, comme dans un cas rapporté par Bourneville, où les hémisphères du cerveau étaient absents, l'hydrocéphalie primaire est associée à une malformation résultant peut-être d'une atrophie par compression antérieurement à la naissance. Un cas intéressant de l'association des deux formes que nous venons de décrire a été publié par le Dr Alexander Hill dans le XIX^e volume du *Journal d'anatomie et physiologie* (p. 565-565) sous le titre de « Anatomie d'un cerveau hydromicéphale ». Dans ce cas (jeune homme de dix-neuf ans), la tête mesurait 18 pouces 1/2 (46 cent. 1/2), mais on ne trouva rien de suggestif dans cette configuration. Le poids du cerveau, après macération dans l'alcool pendant une semaine, était de 10 onces 1/4 (290,5 grammes); frais, il avait dû peser probablement 15 onces (425,2 grammes), et les parties inférieures des hémisphères étaient normalement développées, mais les hémisphères

eux-mêmes étaient remarquablement insuffisants, les ventricules étant fortement dilatés avec des parois tellement amincies qu'elles semblaient formées pour la plus grande partie de membranes; pas plus du cinquième du cortex normal n'était développé. Celui-ci était confiné à la région frontale jusqu'à la partie antérieure de la circonvolution antéro-transverse, l'îlot de Reil (qui était resté découvert), à la partie antérieure des lobes temporal et sphénoïdal et à la région orbitale derrière la fissure triradiée. Même dans cette région, les circonvolutions avaient gardé une disposition embryonnaire. Dans la région orbitale, en avant de la fissure triradiée, et dans les régions pariétale et occipitale, le cortex était remplacé par une membrane polie et convexe, dont l'épaisseur variait entre 75 millimètres et 2,5 millimètres. Le corps calleux était totalement absent, le fornix petit, et la capsule interne réduite dans ses dimensions. Les altérations étaient évidemment congénitales, et quoique la mère de cet enfant pensât qu'il était bien portant à la naissance, il semblait probable qu'il ne pourrait jamais voir; et il eut de fréquentes convulsions depuis l'âge de onze mois. Jamais il ne parla ni ne marcha; il avait le bassin déformé, et s'accroupissait les jambes relevées et croisées. Il reconnaissait les voix et sentait sa nourriture. Si la personne qui le servait lui disait: « Maintenant, Harry, » il ouvrait la bouche et les aliments liquides disparaissaient sans effort apparent de déglutition: on dit « comme de l'eau coulant dans un tube ».

5° La scaphocéphalie peut être due à un accolement prématuré de la suture sagittale, avec exagération de croissance des sutures coronale et lambdoïde, de telle sorte que la tête se rétrécit d'un côté à l'autre, s'allonge d'avant en arrière, et quelquefois augmente en hauteur. D'un autre côté, elle peut être le résultat d'une alongation originelle et de l'étroitesse du crâne, et le Dr Shuttleworth a constaté que des têtes de ce type ont été observées parmi les naturels de la Nouvelle-Calédonie, des Nouvelles-Hébrides, et des îles Carolines. D'après sir W. Turner, cette forme du crâne est due à des causes agissant pendant la vie intra-utérine, comme l'inflammation intra-utérine, ou lésion de la mère pendant la grossesse. La scaphocéphalie ne produit pas nécessairement l'idiotie, car ce type de crâne a été rencontré chez des sujets d'intelligence normale, non seulement dans le Royaume-Uni, et chez les Australiens primitifs susmentionnés, mais encore parmi quelques tribus du Nord de l'Amérique qui exerçaient une pression sur la tête pendant la vie, dans le but de se conformer à une coutume ou à quelque rite religieux.

4° Dans la variété d'idiotie désignée sous le nom de mongolique,

la forme de la tête est caractéristique; elle est brachycéphale, la circonférence approximativement circulaire, avec une tendance au parallélisme des plans frontal et occipital. Le crâne lui-même est généralement mince, et, entre autres particularités osseuses, nous notons presque invariablement dans ce type une anomalie du petit doigt, qui est anormalement court, avec un déplacement latéral de la phalange terminale donnant une apparence incurvée à ce doigt. Cette singularité est bien montrée dans une Skiagraphie que nous devons au docteur Telford Smith (papier dans *Pédiatrics*, oct. 1896). La peau est grossière, quelquefois furfuracée; les cheveux souples, sans boucles; la membrane muqueuse irritable, les lèvres souvent crevassées, et la langue, grande, marquée par des sillons profonds, dus à l'hypertrophie des papilles fungiformes. Le docteur Archibald Garrod (*Transactions, Société Clinique de Londres*, vol. 50, 1899) a appelé l'attention sur la fréquence des imperfections cardiaques chez les jeunes idiots mongoliques, et le docteur John Thomson, d'Edimbourg, a rapporté (*Journal médical et chirurgical de l'Écosse*, mars 1898) le cas d'un enfant de 5 ans, chez qui on trouva, à l'autopsie, une insuffisance de la valvule tricuspide due probablement à une endocardite intra-utérine. Pour ce qui est du cerveau, les circonvolutions sont, en thèse générale, grandes et grossières, mais on a trouvé peu de circonvolutions secondaires. Wilmarth observe, que, sur 5 cerveaux mongoliques examinés par lui, ils étaient de bonne dimension pour des cerveaux d'imbéciles, le pont de Varole et la moelle seuls étant très petits, pesaient, dans chaque cas, environ une demi-once (14 grammes), tandis que le poids est ordinairement presque deux fois plus grand. Les vaisseaux sont beaucoup plus minces que dans les cerveaux sains. La nutrition et la circulation défectueuses chez ces enfants conduisirent à penser que l'état vicieux des vaisseaux peut être un état général. Shuttleworth exprime l'opinion que « ces idiots mongols sont essentiellement des enfants inachevés et que cet aspect singulier est réellement celui d'une phase de la vie fœtale (*Menially Deficient Children*, p. 54) ».

5° Dans les cas névropathiques congénitaux (*genetous*) surtout des enfants nerveux ordinairement issus de parents névrotiques, nous trouvons très tôt dans la vie une irritabilité excessive, de l'insomnie et une absence d'attention soutenue et de contrôle sur soi-même. A l'autopsie de tels sujets, on a relevé des circonvolutions petites, fragiles et frisées (*microgyrie*).

6° Les cas d'idiotie survenant très tôt dans la vie d'enfants atteints de dégénérescence cérébrale, — comme l'ont décrite Sachs, Koplick,

Kingdon et Russell, — sont groupés par Ireland sous le chef d'idiotie amaurotique congénitale (*genetous*) bien que les altérations mentales et physiques ne puissent être relevées généralement qu'à l'âge de 5 mois. Des altérations symétriques de la macula ont toujours été observées dans 5 cas, et la lésion essentielle du cerveau semble être la dégénérescence des cellules pyramidales du cortex (Kingdon et Russell, *Transactions médico-chirurgicales*, vol. 80).

7° Dans le crétinisme sporadique, le crâne est très bien conformé, et les sutures unies. Dans quelques cas, le foramen magnum est plus petit qu'à l'état normal, les procès basilaires horizontaux latéralement rétrécis, et le clivus, ou plan incliné formé par la réunion des procès basilaires de l'occipital et du sphénoïde, est très escarpé. Les formes cérébelleuses sont aplanies. Le cerveau est ordinairement de dimensions normales, mais les circonvolutions sont arrangées simplement, et parfois sont d'une largeur considérable, variant de 5/5 à 1/2 pouce; — à l'examen microscopique, les cellules sont vues arrondies ou piriformes et insuffisantes dans les procès. Il y a excès de mucine dans la peau, et de tissu fibrineux dans les poumons, le foie, la rate, et les reins. Les os des extrémités sont courts et incurvés. La glande thyroïde a une structure rudimentaire ou est absente. Dans un cas, elle était hypertrophiée; mais elle ne pouvait pas accomplir sa fonction, à cause de l'affection du tissu glandulaire. Dans les cas qui n'ont pas été traités par le corps thyroïde, on trouva aux deux extrémités du cou des masses graisseuses s'étendant quelquefois vers le bas, au-dessus des clavicules.

8° Parmi les vices locaux et partiels, notés dans les cas d'idiotie, nous pouvons mentionner les connexions imparfaitement commissurales des hémisphères, feu le docteur Langdon Down (*Transactions médicales et chirurgicales*, 1861 et 1866), ayant décrit deux cas d'idiotie dans lesquels le corps calleux était presque entièrement absent. La porencéphalie a été parfois notée dans la variété paralytique de l'idiotie. Shuttleworth a rapporté un cas dans lequel on trouva une brèche de 4 pouces (10 centimètres) de longueur, s'étendant de la partie antérieure du lobe frontal droit presque jusqu'à l'occipital, laissant la lame orbitale nue et découvrant une partie du sinus latéral (*Affections mentales des enfants*, p. 51). Dans un cas relaté par Beach les parties affectées étaient le 5^e ventricule, le ventricule latéral droit, le lobe occipital droit, la face convexe de la région frontale droite, et le lobe pariétal. Des vices plastiques du cervelet ont été enregistrés par Bourneville, Shuttleworth, Beach et les autres.

Passant maintenant aux cas dans lesquels les troubles se manifestent

à une époque importante du développement, nous trouvons les types d'idiotie suivants :

- I. Éclamptiques;
- II. Épileptiques;
- III. Syphilitiques (et aussi de paralysie générale infantile);
- IV. Cas paralytiques.

I) Les lésions pathologiques dans les cas éclamptiques — ceux associés aux convulsions graves de la dentition — semblent être localisés, des produits hémorragiques et des membranes adhérentes épaisses s'opposant à la nutrition normale des circonvolutions.

Le docteur Holt a trouvé, dans le cas d'un enfant qui eut plus de 5500 accès convulsifs distincts entre l'âge de 18 mois et de 2 ans, sans toutefois présenter de troubles mentaux, des altérations de dégénérescence dans les cellules nerveuses du cortex, dans la moteur area, et une augmentation de la névroglie.

II) Dans les cas épileptiques de l'idiotie, le docteur Bevan Lewis a noté un durcissement de la névroglie, des fibres et des cellules, local ou diffus, avec une atrophie progressive des cellules nerveuses. « Les cellules du cerveau des imbéciles épileptiques à l'âge adulte (20 ans et au-dessus) offrent souvent sur une étendue considérable un développement des neurones ou des cellules nerveuses, pas plus grand que celui qu'on observe chez l'enfant sain de 5 à 5 ans. » Le docteur Andriezen, aussi bien que Bevan Lewis, a remarqué la vacuité des noyaux des cellules corticales dans un pareil cas, encore que, comme pour le premier observateur, de telles altérations ne fussent pas bornées à des épileptiques qui étaient également des imbéciles. Le docteur Echeverria considère les états morbides comme étant de caractère atrophique, — diminution de la substance corticale et des éléments nerveux, avec production excessive de tissu connectif, subissant une métamorphose régressive ou adipeuse. Dans quelques cas on a trouvé les capillaires frappés de dégénérescence crétacée ou graisseuse.

III) La syphilis, comme on le sait, n'est pas une cause commune de l'idiotie; mais dans une autopsie faite par l'un de nous (Beach), le cerveau, très petit, pesait seulement 27 onces (765 grammes) et la dure-mère fut trouvée adhérente, mais facilement séparable d'une fausse membrane sous-jacente, qui avait été évidemment formée depuis quelque temps. Elle était attachée, çà et là, à la face supérieure de la pie-mère par une membrane mince qu'on pouvait suivre sur une grande distance le long du plancher du crâne. La syphilis est d'ailleurs une cause commune de paralysie générale infantile.

Depuis que le docteur Clouston décrivit, en 1877, un cas de l'affec-

tion, chez un garçon de 16 ans, sous le nom de paralysie générale de développement, 100 observations environ ont été réunies. Mott a vu 18 cas, et des relations ont été publiées sur 89 autopsies. Le dernier observateur établit que dans 16 cas où on a pratiqué l'examen *post mortem*, les lésions macroscopiques ordinaires de la paralysie générale furent relevées. Dans tous ces cas, l'atrophie, spécialement des circonvolutions frontales et centrales du cerveau, l'épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde, la dilatation des ventricules et l'état granuleux de l'épendyme furent observés. Dans 6 cas, l'hémisphère gauche pesait moins que le droit. L'examen microscopique montra « l'atrophie des fibres tangentielles, l'atrophie et la désagrégation des neurones du cortex, spécialement des circonvolutions frontales et centrales, les occipitales n'étant relativement que peu affectées. Il y avait ordinairement une surproduction marquée de névroglie et une prolifération cellulaire autour des vaisseaux (*Archives de Neurologie*) ».

IV) Dans les cas paralytiques, la paralysie peut survenir avant ou après la naissance ; mais la majorité des cas appartiennent à la dernière catégorie. S'il n'y a pas de convulsions, et si la lésion du cerveau est peu étendue, un progrès mental appréciable peut être accompli, alors que l'amélioration est peu marquée du côté des membres paralysés. Dans la forme acquise, il y a perte de substance nerveuse, par inflammation du cerveau ou de ses méninges, antérieure à la naissance, ou survenant dans le premier âge. Fréquemment, on relève une atrophie de l'un des hémisphères, avec une atrophie concomitante des membres du côté opposé. Dans un cas signalé par Beach, il y avait épaississement du crâne, opacité et épaississement des membranes, épanchement de sérosité dans l'espace sous-arachnoïdien et les ventricules, et atrophie du cervelet et du cordon spinal du côté opposé.

Sous le 5^e chef, celui des « cas accidentels ou acquis », nous comprenons :

1) Les cas traumatiques, dus à la compression de la tête pendant le travail anormalement prolongé ; ou moins souvent à l'usage du forceps ; et les lésions produites par des accidents ;

2) Les cas post-fébriles (inflammatoires), comprenant l'idiotie hypertrophique ;

5) L'idiotie sclérotique.

1) Les premiers cas du groupe traumatique qui s'offrent à nous sont des paralysies de la naissance, dues à une pression sur la tête à cause de l'étroitesse du bassin, ou, dans quelques rares cas, à l'écrasement par le forceps. En règle générale, les lésions sont localisées à

la région de la scissure de Rolando, et elles résultent de très petites hémorragies suivies de dégénérescence sclérotique, et souvent les circonvolutions frontales ne sont que peu intéressées. Quand il y a diplégie cérébrale, Trend a trouvé que la cause la plus fréquente est l'hémorragie méningée affectant spécialement les veines qui circulent entre la pie-mère et la dure-mère, dans les sinus longitudinaux. L'hémorragie, trouvant sa voie dans la grande fissure longitudinale, exerce une pression sur les bords supérieurs des deux hémisphères. Osler ne croit pas que tous les cas sont ainsi produits, et il pense, avec Jacobi, que certains cas sont dus à des méningo-encéphalites fœtales. Les symptômes varient avec la compression : quand elle est faible, ils sont relativement peu apparents ; si la pression est plus profonde, elle cause une rigidité spasmodique, de la paraplégie, ou de la diplégie cérébrale. Dans ces cas, l'intelligence peut n'être que peu atteinte, quoique l'affection soit marquée par des infirmités physiques. Les statistiques semblent montrer que les paralysies de la naissance sont plutôt dues à la négligence qu'à l'usage judicieux du forceps.

Dans les cas d'accidents par chute sur la tête pendant le jeune âge, entravant l'intelligence, une hémorragie méningée avec produits inflammatoires s'opposant au développement normal des circonvolutions, a été relevée avec évidence. D'après Wilmarth, la lésion par piquûre est plutôt diffuse que locale, mais nous avons noté des degrés variables de gravité.

2) Les cas post-fébriles (*inflammatoires*) comprennent ceux qui résultent d'inflammation des méninges et des autres parties du crâne, survenant au cours de maladies infectieuses aiguës, telles que la variole, la typhoïde, la scarlatine. Dans des cas semblables, on trouve un épaissement des méninges, quelquefois aussi un épaissement du crâne, avec ossification prématurée des fontanelles, et Cullerre et Bernardini ont observé une augmentation de la névroglie, une dégénérescence graisseuse et pigmentaire des cellules nerveuses et une atrophie de leurs procès, avec diminution du nombre des ganglions et des cellules pyramidales.

L'hypertrophie du cerveau est une affection relativement rare, et elle est généralement confondue avec l'hydrocéphalie. Non seulement elle est causée par une augmentation de la névroglie et de la substance blanche, mais encore la nutrition semble être modifiée. Généralement, sur une coupe, on voit le cerveau anémié, de sorte que sa couleur paraît blanche. Quand la calotte crânienne est enlevée, le cerveau tout entier est soulevé comme s'il était délivré d'une compression, et,

à l'examen, on aperçoit les circonvolutions aplaties et comprimées ensemble, de sorte que les sulci sont oblitérés. La partie principalement lésée est la substance blanche des deux hémisphères. Le poids du cerveau est très augmenté, dans quelques cas il dépasse de 15 onces (425 gr. 2) le poids normal. D'après Beach, l'hypertrophie du cerveau se distingue de l'hydrocéphalie chronique par les caractères suivants : dans l'hypertrophie, il n'est pas de règle que la tête atteigne des dimensions aussi considérables que dans l'hydrocéphalie, et dans celle-ci, l'accroissement est plus marqué aux tempes, tandis que dans l'hypertrophie elle est surtout au-dessus des arcades sourcilières ; dans l'hydrocéphalie la tête est de forme arrondie ; mais dans l'hypertrophie, elle se rapproche du type carré ; dans l'hydrocéphalie, la distance entre les yeux est augmentée, ce qui n'est pas le cas dans l'hypertrophie.

5) Cas sclérotiques. Cette variété a été soigneusement étudiée par Bourneville, et, comme cet éminent observateur traitera, sans doute, de sa pathologie dans le rapport qu'il se propose de publier, nous devons nous contenter d'une esquisse rapide. Dans un ensemble de 500 autopsies faites par le docteur Wilmarth (*Causes et traitement précoce des troubles mentaux chez l'Enfant, Annales de l'Association médicale américaine, 16 août 1894*), la sclérose atrophique fut trouvée dans non moins de 96 cas, et la sclérose tubéreuse fut relevée 15 fois. Les désordres sclérotiques sont, naturellement, dans beaucoup de cas, à la période terminale. D'après ses expériences, Beach remarque que la sclérose est généralement diffuse et s'étend sur une grande surface du cerveau. Elle n'est pas nettement circonscrite, et affecte à peu près également la substance médullaire et la substance grise. Les circonvolutions particulièrement atteintes sont les frontale, frontale ascendante, pariétale ascendante, pariétale et occipitale. En apparence, c'est comme du blanc d'œuf, dur et dense, vu l'augmentation de la névroglie et la disparition d'une partie du tissu nerveux.

Jusqu'à maintenant, il y a quelques phénomènes pathologiques qui n'ont pas été mentionnés, tels que : tumeurs du cerveau, lésions chroniques des membranes, et altérations du crâne, lesquels ont été notés à l'autopsie de sujets atteints d'idiotie.

Les tumeurs du cerveau sont de nature tuberculeuse ou gliomateuse, mais les premières sont les plus fréquentes. Elles varient des dimensions d'un noyau de cerise à celles du poing fermé ; la plus grosse que Beach ait vue était comme une petite pomme, et elle était située dans la région frontale droite.

L'affection chronique des membranes du cerveau est beaucoup plus fréquemment observée que la forme aiguë ; mais toutes deux attaquent

principalement la face convexe. Les symptômes les plus communs sont : la congestion et l'épaississement de la dure-mère; l'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde, l'accolement l'une à l'autre des membranes, et la dure-mère au crâne, et de la pie-mère au cerveau; l'augmentation du liquide sous-arachnoïdien et un excès de sérosité dans les ventricules.

La surface convexe du crâne est souvent plus mince qu'à l'état normal, mais elle peut être épaissie et éburnée. Parfois, il y a asymétrie, mais plus souvent le crâne est plus petit ou plus grand que normalement. Pour ce qui est de la base, l'état le plus intéressant est celui dans lequel il y a synostose prématurée des deux parties du sphénoïde ensemble, et avec les procès basilaires et une chute rapide du clivus ci-dessus mentionné. Pour ceux qui s'intéressent à ce sujet, ils pourront trouver une description détaillée de la Pathologie de l'idiotie par Beach, dans le *Dictionnaire de médecine psychologique, de Tuke* (1892).

Pour ce qui est de l'aspect microscopique, dans les cas d'idiotie, on a déjà fait allusion aux caractères principaux en traitant des différents types. D'une façon générale, nous pouvons d'ailleurs résumer les anomalies, en disant que les cellules nerveuses sont ordinairement arrondies ou piriformes, et pauvres en procès. Dans les coupes durcies, le nucléus a attiré vers lui le protoplasma et repoussé la matière granulée. Dans les préparations fraîches, les procès se colorent bien et on peut voir les branches primaires et secondaires. Ce sont plus spécialement les cellules pyramidales qui sont atteintes. Le docteur Andriezen (*Brit. Med. Journ.*) remarque judicieusement qu'il y a une base pathologique commune à l'idiotie et l'imbécillité épileptiques, et à l'épilepsie focale survenant chez l'enfant, à savoir les anomalies de croissance et de nutrition imprimées à la cellule nerveuse croissante aussi bien qu'à la cellule de névroglie, et affectant de préférence l'une ou l'autre région du cerveau, fréquemment dans les territoires correspondant à une distribution vasculaire particulière.

Mais de tous les auteurs qui se sont adonnés à l'étude de l'idiotie, Hammerberg (hélas ! si prématurément enlevé par la mort) a fait les plus laborieuses et les plus minutieuses observations microscopiques, et, en concluant notre travail, nous appelons l'attention sur ses travaux et ses illustrations, qui montrent d'une façon concluante la relation entre le nombre des cellules pyramidales et des cellules fusiformes, et le caractère de l'insuffisance mentale. Avec une idiotie profonde, ces cellules sont en faible proportion, et elles augmentent graduellement avec l'intelligence, tout en restant anormalement rares même dans les cas de plus faible insuffisance mentale.

(Cette contribution était illustrée par plusieurs photographies et dessins, dont une série intéressante et originale des détails microscopiques dans cinq cas de cerveaux d'idiots a été prêtée par le D^r A. W. Campbell, médecin-pathologiste de l'asile d'aliénés à Rainhill, Lancashire.)

DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'IDIOTIE

RAPPORT

Par M. BOURNEVILLE,

Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Nous avons publié, en 1891, un volume intitulé *Notes et observations sur l'idiotie de 1775 à 1840*, contenant les principaux documents relatifs à l'idiotie. Nous rappellerons surtout les travaux de Pinel, Esquirol, Ferrus, Calmeil, Foville et Parchappe, où l'exposé clinique est suivi de renseignements anatomo-pathologiques. On y trouve énumérées la plupart des lésions anatomiques dont nous allons entretenir le Congrès. Nous nous bornerons à cette indication, car les résumer nous entraînerait trop loin et nous exposerait à des redites qui allongeraient sans intérêt pratique le rapport dont nous avons été chargé.

En nous appuyant sur les travaux que nous avons poursuivis depuis vingt-cinq ans, soit à la Salpêtrière, soit surtout à Bicêtre, et sur les mémoires et les notes qui ont été publiés durant la même période sur l'idiotie ou mieux les *idioties*, nous sommes amené à distinguer, quant à présent, *au point de vue anatomo-pathologique*, les formes suivantes :

1^o Idiotie symptomatique de *méningite chronique* (*idiotie méningitique*);

2^o Idiotie symptomatique de *méningo-encéphalite chronique* (*idiotie méningo-encéphalitique*);

3^o Idiotie symptomatique d'un *arrêt de développement* des circonvolutions sans malformations, avec lésions des cellules nerveuses (*idiotie congénitale idiopathique*);

4^o Idiotie symptomatique de *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse*;

5^o Idiotie symptomatique de *sclérose atrophique* : a) sclérose d'un hémisphère ou des deux hémisphères du cerveau (*sclérose hémisphérique* ou *di-hémisphérique*); b) sclérose d'un lobe du cerveau (*sclérose*

lobaire); c) sclérose des circonvolutions isolées; d) *sclérose chagrinée du cerveau* (?);

6° Idiotie hémiplégique ou diplégique symptomatique de *lésions en foyer* dues à une oblitération vasculaire ou à une hémorragie (*pseudo-porencéphalie*, etc.);

7° Idiotie symptomatique de l'*hydrocéphalie* ventriculaire simple ou compliquée d'hydrocéphalie extra-ventriculaire (*idiotie hydrocéphalique*);

8° Idiotie avec cachexie pachydermique ou *idiotie myxœdémateuse* liée à l'*absence de la glande thyroïde*;

9° Idiotie symptomatique d'un arrêt de développement du cerveau avec *malformations congénitales* (*porencéphalie vraie*, absence du corps calleux, etc.);

10° Idiotie symptomatique de *microcéphalie* par arrêt de développement avec ou sans malformations, ou reconnaissant pour causes des lésions survenues après la naissance (*idiotie microcéphalique proprement dite* ou *symptomatique*).

Nous laissons de côté les cas de *tumeurs cérébrales*, qui déterminent un ensemble symptomatique se rapprochant de l'idiotie, et survenant chez des enfants auparavant normaux.

I. IDIOTIE MÉNINGITIQUE. — Le *cuir chevelu* n'offre, en général, rien de particulier. Le *crâne*, souvent asymétrique (*plagiocéphalie*), est d'ordinaire mince, peu dur, avec des plaques transparentes et des sutures persistantes. La *dure-mère*, parfois épaissie, est d'habitude très adhérente.

La *pie-mère*, toujours épaissie à des degrés variables, est opalescente, hyperémiee par places ou en totalité sur la face convexe des hémisphères. On y trouve aussi des plaques ecchymotiques. La *pie-mère* est accolée sur la face interne des lobes frontaux et fréquemment dans les sillons qui séparent les circonvolutions. Les lésions peuvent être généralisées (faces convexe et interne des hémisphères, base du cerveau). D'autres fois, elles sont localisées à la face convexe, ou à celle-ci et à la face interne, ou encore à la base du cerveau donnant lieu, alors, à des symptômes qui font penser à tort à l'existence de *tumeurs*.

Une *hydrocéphalie*, avec dilatation variable des ventricules latéraux, s'observe dans beaucoup de cas de méningite chronique. La dilatation prédomine dans le ventricule latéral du côté où les lésions méningitiques sont le plus marquées.

Dans certains cas, il se produit des *poussées méningitiques*, qui tantôt disparaissent en aggravant l'état mental antérieur et tantôt

aboutissent à la mort. Alors, la coupe du crâne est rouge, spongieuse, et, à l'état frais, les sutures se présentent à l'extérieur sous la forme de cordons rouges, saillants, sinueux, ayant environ de 5 à 4 millimètres de largeur; il s'ensuit un écartement des dentelures des sutures qui montre comment se fait, à l'état physiologique, l'extension des os du crâne sous la pression du cerveau. A la face interne, les sutures apparaissent comme une ligne rouge, finement dentelée, mais ne formant pas de saillie comme sur la face externe.

Dans ces cas, les sinus de la dure-mère sont gorgés de sang et remplis de caillots fibrineux, jaunâtres; la dure-mère est violacée. Partout la pie-mère est congestionnée et présente des infiltrations purulentes, jaunâtres, le long des vaisseaux. Ces infiltrations varient, prédominant tantôt sur un hémisphère, tantôt sur l'autre, plus accusées en général au niveau des scissures de Sylvius et des régions voisines, en arrière du chiasma, au niveau de l'espace interpédonculaire.

A côté des cas de méningite chronique, en quelque sorte idiopathique, il en existe où les lésions méningitiques viennent compliquer une autre lésion. C'est ainsi qu'on trouve sur un hémisphère cérébral un pseudo-kyste ou une pseudo-porencéphalie, une sclérose lobulaire, et sur l'autre des lésions méningitiques localisées ou généralisées. Enfin il arrive que ces mêmes lésions se surajoutent à la sclérose tubéreuse ou hypertrophique.

II. IDIOTIE MÉNINGO-ENCÉPHALITIQUE. — Le cuir chevelu, de même que dans la forme précédente, est pâle et amaigri; le crâne aussi présente ordinairement les mêmes caractères: asymétrie, minceur, plaques transparentes, persistance des sutures qui, parfois, sont gorgées de sang. Chez Maqu...¹, morte à quatre ans, la fontanelle antérieure existait encore, la suture *intra-pariétale* était soudée. — Chez Champe...², âgé de seize ans, la suture métopique persistait. — Adhérences fréquentes de la dure-mère au crâne, nombreuses adhérences avec la pie-mère souvent sous forme de paquets. Cette membrane est épaissie, dure, quelquefois comme cartilagineuse.

La pie-mère offre une vascularisation disposée par plaques intéressant parfois toute sa surface: au niveau des plaques les plus vasculaires, ecchymotiques, les circonvolutions ont une coloration qui rappelle celle de la chair saumon. Elle a un aspect louche, gélatineux, ce qui est dû à un œdème plus ou moins prononcé. Elle est

1. *Compte rendu de Bicêtre* pour 1896, p. 55-48.

2. *Ibid.* pour 1885, p. 156.

quelquefois épaissie au point de ressembler à la dure-mère (pachyméningite). Il existe des adhérences entre elle et la substance grise qui constituent la lésion caractéristique de cette forme d'idiotie. Ces adhérences sont parfois disséminées par petites plaques irrégulières, de quelques millimètres de diamètre, sur toute la superficie des hémisphères cérébraux, de telle sorte que, lorsque la décortication est complète, les circonvolutions présentent un nombre plus ou moins considérable de pertes de substance, ressemblant à des coups d'ongles ou à des ulcérations superficielles. Dans certains cas, la méningo-encéphalite est ainsi disséminée sur un certain nombre de circonvolutions et en occupe d'autres partiellement, ou sur toute leur étendue. D'autres fois, les adhérences s'observent sur un ou plusieurs lobes ou sur toute une face des hémisphères et la décortication entraîne une couche plus ou moins épaisse de la substance grise, mais non toute son épaisseur. Si on place l'hémisphère cérébral dans un vase plein d'eau, les régions malades apparaissent comme villeuses et on voit flotter une foule de lambeaux de la substance grise. Ça et là on peut voir des portions de circonvolutions avec leur aspect normal, c'est-à-dire sans écorchures ou ulcérations (fig. 1).

Comme dans l'*idiotie méningitique simple*, mais peut-être moins fréquemment, on note un accolement des lobes frontaux, par leur face interne. Il en est de même dans les sillons. Là, les feuillets de la pie-mère adhèrent entre eux par leur face externe et par la face interne à la substance grise. — Les lésions prédominent sur les faces convexes des hémisphères, et à la face interne des lobes frontaux; mais elles peuvent se rencontrer en même temps sur les faces inférieure et interne.

A un degré plus prononcé, la pie-mère encore plus épaissie adhère si intimement à la substance grise et les lésions de celle-ci sont si accusées que l'ablation de la pie-mère entraîne toute l'épaisseur de la substance grise, mettant à nu la substance blanche des circonvolutions. Parfois le squelette de la substance blanche n'est pas sensiblement atrophié et, alors, les bords des circonvolutions sont arrondis; d'autres fois il est, au contraire, très atrophié, dur, sclérosé et les circonvolutions se présentent sous forme de crêtes.

Ces lésions du degré le plus accusé se rencontrent tantôt sur une ou deux circonvolutions, tantôt sur une grande partie d'entre elles (fig. 2); tantôt, enfin, sur toute une face ou sur *toutes les faces des hémisphères*. Tel est le cas de Dub... dont nous faisons passer les planches sous les yeux des membres du Congrès¹, et surtout celui de Tout... dont

1. Voir *Compte rendu de 1881*, p. 17 à 26 : *Méningite chronique simple à gauche, méningo-encéphalite presque généralisée à droite; hémiplégie gauche.*

voici le cerveau, les photographies de celui-ci et celles de la pie-mère. Comme on le voit, la méningo-encéphalite, aussi accusée



FIG. 4. — Champe....

que possible, a envahi entièrement les hémisphères. L'enlèvement de la pie-mère a entraîné toute la substance grise et la surface interne de la pie-mère, revêtue de la substance grise, représente parfaitement,

par ses reliefs et ses dépressions, le moule ou le dessin de toutes les circonvolutions. Au point de vue anatomo-pathologique, les cerveaux de ce genre rappellent complètement les cerveaux d'adultes qui succombent à la *paralysie générale*¹.

Les *ventricules latéraux* sont dilatés dans la majorité des cas, également ou inégalement. Il n'y a pas de lésions macroscopiques bien manifestes des parois des ventricules. — La quantité du *liquide*



FIG. 2. — Maq...

céphalo-rachidien est assez abondante et en rapport avec la dilatation des ventricules latéraux.

Les lésions méningo-encéphaliques compliquent quelquefois d'autres formes anatomo-pathologiques de l'idiotie, par exemple les *pseudo-porencéphalies*, la *sclérose atrophique*, la *sclérose hypertrophique* ou *tubéreuse*, etc.

1. Les planches de ces cerveaux qui n'ont pu être reproduites dans ce rapport seront intercalées dans notre *Compte rendu* de Bicêtre pour 1900 ou 1901.

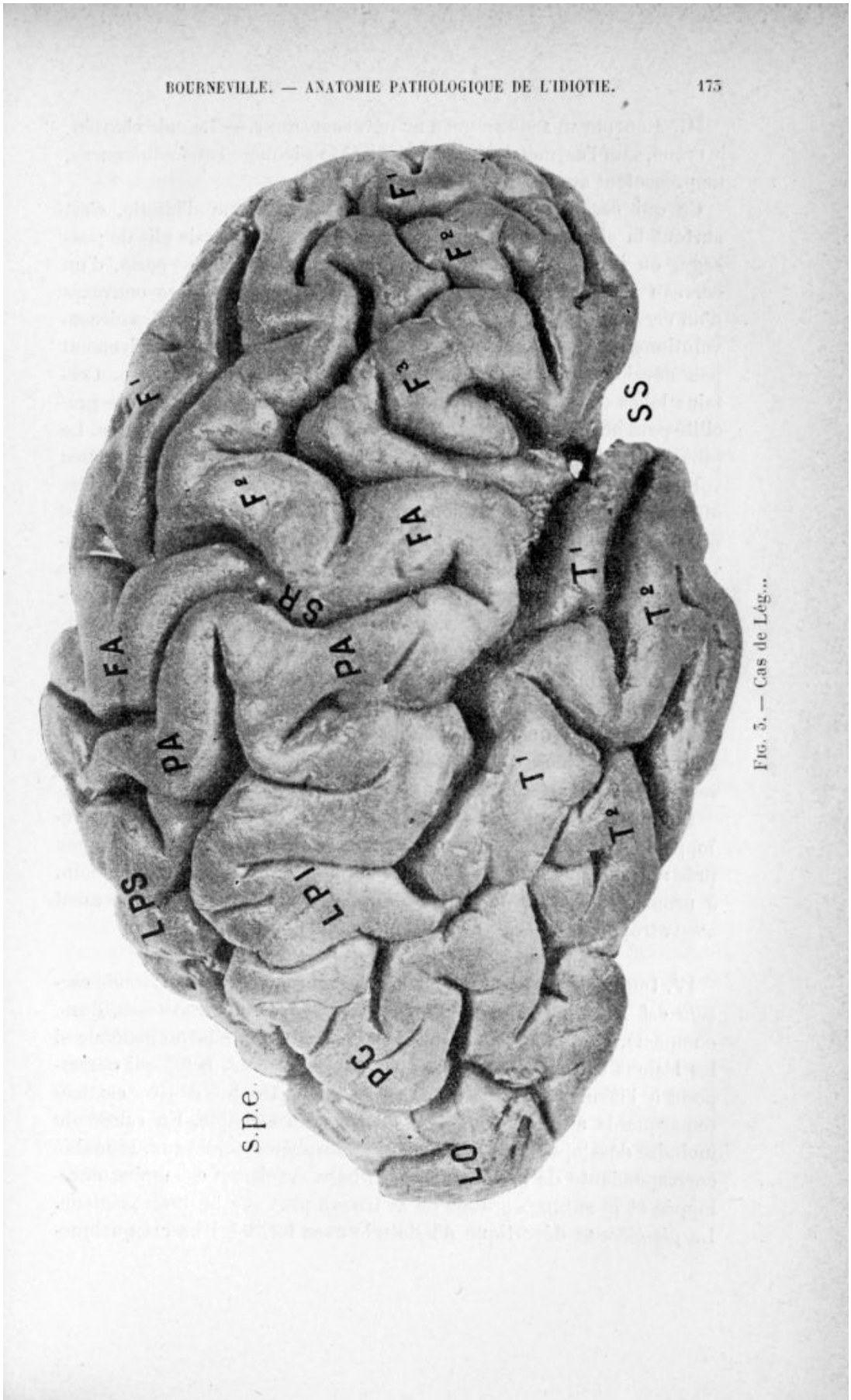


FIG. 3. — Cas de Lég...

III. IDIOTIE PAR ARRÊT SIMPLE DE DÉVELOPPEMENT. — Le cuir chevelu, le crâne, sauf l'asymétrie, la dure-mère et la pie-mère sans adhérences, ne présentent aucune lésion digne d'être notée.

Ce qui caractérise, anatomiquement, cette forme d'idiotie, c'est surtout la simplicité des circonvolutions. Il n'y a pas de plis de passage, ou ils sont peu nombreux; il s'agit là, en quelque sorte, d'un cerveau d'étude. La figure 5 représente l'une des faces convexes d'un cerveau typique de cette forme d'idiotie. Dans ce cas, les circonvolutions sont volumineuses. D'autres fois, elles sont relativement peu développées. Les sillons, en général, sont peu profonds. Certains lobes ont leurs circonvolutions relativement grêles, cette gracilité peut affecter les lobes correspondants des deux hémisphères. Le plus souvent, les circonvolutions frontales et occipitales sont peu volumineuses, tandis que les circonvolutions pariétales et temporales offrent un développement souvent considérable. On observe aussi des dissemblances remarquables des circonvolutions des faces convexes et internes des hémisphères. Il n'est pas rare de trouver des circonvolutions avec un aspect luisant, pseudo-gélatiniforme, rappelant l'aspect des circonvolutions du cerveau des nouveau-nés.

Plusieurs *examens histologiques*, pratiqués par l'un de nos anciens internes, le D^r Pilliet, peuvent se résumer ainsi : état de non-développement des cellules nerveuses, qui, bien que très abondantes, gardent le caractère qu'on leur voit chez les jeunes animaux. Elles sont entourées de nombreux vaisseaux non altérés, ce qui est encore, du reste, un caractère fœtal.

Dans ces cas que nous avons réunis sous le titre : d'arrêt de développement simple des circonvolutions, le poids du cerveau est à peu près normal par rapport à l'âge des enfants. Nous parlerons plus loin, à propos de l'*idiotie microcéphalique*, des arrêts de développement avec atrophie et partant avec diminution de poids.

IV. IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE ATROPHIQUE. — Le cuir chevelu est souvent épais. — Les os du crâne, non synostosés, durs, compacts, sont plutôt augmentés de volume, d'une façon générale si les lésions existent des deux côtés, d'un seul côté, celui qui correspond à l'hémisphère sclérosé. Parfois l'hypertrophie des os est très remarquable ainsi que nous en citerons un exemple. En raison du moindre développement de l'un des hémisphères cérébraux, la moitié correspondante de la voûte et de la base crânienne est moins développée et la suture sagittale ne se trouve plus sur la ligne médiane. La pie-mère se décortique d'habitude avec facilité. Elle est quelque-

fois épaissie, doublée de mailles de tissu cellulaire, infiltrée de sérosité au niveau des circonvolutions atrophiées.

Au point de vue du cerveau, nous avons à distinguer deux groupes. Dans le premier, il s'agit d'une *encéphalite parenchymateuse*; dans le second, de *sclérose atrophique*.

1^o *Encéphalite parenchymateuse*. — Les circonvolutions ont, dans leur ensemble, une configuration à peu près régulière. (Elles sont, toutefois, moins volumineuses que celles du cerveau d'un enfant normal du même âge. Les plis de passage sont moins multipliés. Leur coloration et leur consistance ne diffèrent pas sensiblement de l'état physiologique.

Au point de vue histologique, nous croyons devoir reproduire ici les résultats obtenus dans un cas type (Reb...) par notre regretté ami le Dr Pilliet¹.

Le *cerveau* a été durci par l'alcool, la moelle par le liquide de Müller. Des coupes ont été faites en différentes régions, tant à gauche qu'à droite sur chaque hémisphère.

La *première frontale gauche*, à sa naissance, montre un certain nombre de corps granuleux répandus dans la substance blanche et qui se colorent en noir sur une coupe exposée aux vapeurs d'acide osmique. On voit aussi de fines gouttelettes graisseuses exister dans la substance grise. Sur des coupes colorées, la vascularisation paraît normale; les cellules nerveuses sont nombreuses, disposées en séries; beaucoup ont leur forme pyramidale et des prolongements nets. En somme, les cinq couches de la substance grise ne présentent pas de lésions nettes; la substance blanche offre des lésions de désintégration.

Sur le milieu de cette *première frontale gauche*, la substance blanche a le même aspect; les corps granuleux y sont nombreux, le tissu est sillonné par des bandes fibrillaires nombreuses qui rayonnent dans la substance grise. Du côté de celle-ci, les lésions sont les mêmes pour les cinq couches; la vascularisation est exagérée; les capillaires, au lieu de s'enfoncer tout droit dans la substance grise, s'y ramifient, la morcellent; l'aspect normal des cellules nerveuses placées bout à bout n'existe plus dans les couches moyennes; les cellules nerveuses, surtout dans la couche des petites cellules pyramidales (2^e couche de Meynert), sont devenues rares; pourtant les grandes cellules existent encore, mais nulle part elles ne sont groupées par *nids* comme on les trouve à l'état normal dans les régions motrices, ainsi que l'a

1. *Compte rendu de Bicêtre pour 1886*, p. 172.

indiqué M. Betz; elles sont, au contraire, assez clairsemées. D'autre part, les cellules interstitielles à petits noyaux sphériques ne paraissent pas multipliées dans la substance grise, mais le sont évidemment dans la substance blanche.

La coupe d'une *circonvolution du lobe occipital gauche*, à la face externe de l'hémisphère, au-dessus du corps calleux, montre la substance grise un peu réduite d'épaisseur, mais avec ses couches reconnaissables. Il existe un certain nombre de foyers de désintégration assez pauvres en cellules, où presque toute la trame de l'écorce grise s'est enlevée avec la pie-mère ou est tombée. Le réseau fibrillaire de la névroglie y est comme tassé. Ces foyers se colorent plus vivement par les réactifs; mais les mailles très larges de la névroglie circonscrivent un grand nombre de vacuoles, d'espaces vides, qui constituent de véritables pertes de substance. Ces foyers interrompant la disposition des fibres nerveuses qui gagnent la substance blanche, comprennent en général les trois premières couches de l'écorce. On les retrouve dans la plupart des cerveaux en voie d'atrophie; ils nous paraissent constituer une ébauche, un début microscopique, de ce qu'ont décrit MM. Bizozero et Golgi, sous le nom de *porose cérébrale*. Dans la substance blanche, il n'y a que peu ou pas de corps granuleux; mais toute la ligne de transition, entre les deux substances, est infiltrée d'une quantité considérable de petites cellules interstitielles. Il y en a moins dans la substance blanche elle-même.

L'*hippocampe* du côté gauche a les mêmes lésions que la première frontale; il existe des foyers de désintégration dans la substance grise, des amas considérables de corps granuleux dans la blanche. Les cellules géantes de la région sont éparses au milieu de la névroglie, leurs dimensions sont au-dessous de celles qu'on s'attend à rencontrer là. La ligne de grandes cellules du corps bordant ne paraît pas altérée.

La lèvre inférieure de la *scissure de Sylvius droite* a aussi une vascularisation très prononcée, beaucoup plus accusée que partout ailleurs. Les cellules interstitielles paraissent abondantes; à part cela, l'aspect est également le même que dans les régions motrices gauches. La première frontale et le lobe occipital droit sont à peu près semblables aux gauches sur les points correspondants.

Sur le *cervelet*, examiné du côté gauche, on trouve une raréfaction des éléments nerveux de la couche des cellules de Purkinje; une diminution d'épaisseur de la couche des myélocytes, et un certain degré de sclérose de la substance blanche parsemée de corps granuleux.

La *moelle cervicale* a ses parties symétriques, mais il y a *disparition à peu près complète des cellules motrices* dans les deux cornes antérieures. Il existe encore des cellules nerveuses en assez grand nombre dans les cornes postérieures. Les cordons blancs ne présentent qu'une lésion diffuse, un épaissement du tissu interstitiel qui se colore fortement par le carmin. Cet aspect de *sclérose diffuse* est bien plus accentué sur les cordons blancs de la *moelle lombaire*; de plus, les cornes antérieures, symétriques, contiennent un certain nombre de grandes cellules, relativement peu abondantes, se colorant mal par le carmin. Il y en a beaucoup moins encore dans les cornes postérieures.

L'atrophie des circonvolutions et de la moelle résulte, ici, de l'atrophie des éléments nerveux eux-mêmes et est masquée en partie à l'œil nu par la prolifération scléreuse.

2° *Sclérose atrophique*. — Elle peut intéresser, ce qui est exceptionnel, les deux hémisphères¹, ou l'un d'eux dans sa totalité, ce qui est moins rare, et surtout un ou plusieurs lobes du cerveau.

Dans la *sclérose hémisphérique*, l'hémisphère atrophié* a tous ses diamètres inférieurs à ceux de l'hémisphère sain. Sa face interne laisse en partie à découvert la face correspondante de l'autre hémisphère. L'hémisphère malade est en retrait en avant et en arrière où il laisse en partie à découvert la face supérieure de l'hémisphère cérébelleux correspondant. Le retrait prédomine en avant ou en arrière selon que l'atrophie prédomine elle-même sur le lobe frontal ou sur le lobe occipital.

Dans la forme lobaire, la lésion porte indifféremment sur tous les lobes du cerveau, frontal, pariétal, occipital, temporo-sphénoïdal, carré, etc. Dans la majorité des cas, la *sclérose lobaire* ne siège que sur un hémisphère; mais il arrive aussi qu'elle affecte les lobes correspondants des deux côtés du cerveau, par exemple, les deux lobes frontaux.

Quel que soit le siège de la lésion, son étendue ou sa limitation, il existe à son niveau une *dépression* en quelque sorte en nappe, très marquée par rapport aux circonvolutions voisines. La pie-mère passe au-dessus d'elle comme un vélum. Elle est en général comblée par une sorte d'infiltration celluleuse de la pie-mère remplie de liquide céphalo-rachidien.

Les *circonvolutions* malades tranchent par leur coloration blanchâtre, parfois un peu jaunâtre ou même brunâtre, sur la couleur grise des circonvolutions voisines. Elles sont *indurées*, réduites à 2,

1. Nous en citerons des cas à propos de l'*Idiotie microcéphalique* (entre autres celui de Sal...). *Compte rendu de 1892*, p. 22.

3 ou 4 millimètres d'épaisseur, vermicellées, lamelliformes. Les moins réduites de volume offrent quelquefois de petites cupules. Les sillons intermédiaires sont larges, anfractueux. Si l'atrophie occupe la frontale et la pariétale ascendantes, le sillon de Rolando est béant. Il en est de même de la scissure de Sylvius si la lésion porte sur les circonvolutions qui la bordent.

La sclérose lobaire a toujours un retentissement sur le reste de l'hémisphère qui se traduit par un arrêt de développement de toutes les circonvolutions, plus prononcé au voisinage du foyer, d'où une diminution plus ou moins forte de son poids. Nous reproduirons ultérieurement un tableau général de l'inégalité de poids entre les deux hémisphères. Parmi les lésions concomitantes, nous relèverons : 1° la diminution de capacité de la moitié correspondante du crâne, l'épaississement des os ; 2° la diminution du diamètre des artères ; 3° l'arrêt de développement des masses centrales, la dilatation de l'un ou des deux ventricules latéraux ; 4° dans un certain nombre de cas, les dégénéralions*secondaires portant sur la bandelette optique, le tubercule mamillaire, le pédoncule cérébral, la protubérance et la pyramide antérieure du même côté ; 5° l'arrêt de développement des os du squelette de la moitié paralysée du corps opposé à l'hémisphère atrophié.

Pour compléter cette description sommaire, nous allons vous montrer un ou plusieurs spécimens de chacune des lésions, ce qui nous permettra de signaler encore d'autres détails. Les décrire tous nous entraînerait trop loin, nous nous bornerons à quelques-uns.

Dans le cas de Hug... (Fig. 4), nous avons une sclérose atrophique de l'hémisphère gauche et une méningo-encéphalite de l'hémisphère droit¹.

Hémisphère cérébral gauche. Face convexe. La décortication est relativement facile et la *pie-mère*, bien que très vascularisée, s'enlève sans arrachement de la substance grise. Cet hémisphère est le siège d'une sclérose atrophique des plus accentuées et s'étendant sur sa totalité. Les circonvolutions sont très petites et déprimées ; tous les sillons et scissures sont béants et profonds. La scissure de Sylvius, large, laisse apparaître le *lobule de l'insula* à surface irrégulière, mais ne rappelant en rien les circonvolutions de l'état normal. Le sillon de Rolando est très net et n'offre aucune particularité. Le lobe orbitaire est déprimé et atrophié. F^t bien que considérablement sclérosée

1. Voir les planches du *cerveau* de Douce (*Compte rendu* de 1896, p. 32), et la représentation de son *squelette*. L'hémisphère cérébral gauche est tout entier atteint de sclérose atrophique.

n'offre pas de lésion aussi intense que F² et F³. Ces circonvolutions, assez contournées et parallèles, n'ont pas entre elles de plis de passage. La sclérose atrophique va graduellement en s'exagérant de F¹ à F³ et d'avant en arrière, de sorte que, pour le lobe frontal, le maximum de la lésion est au tiers postérieur de F³. — FA est considérablement sclérosée, elle présente à sa partie supérieure, au moment où elle se perd dans le lobule paracentral, une sorte d'*atrophie kystique*, lésion que nous retrouverons plus accentuée dans le lobe pariétal et

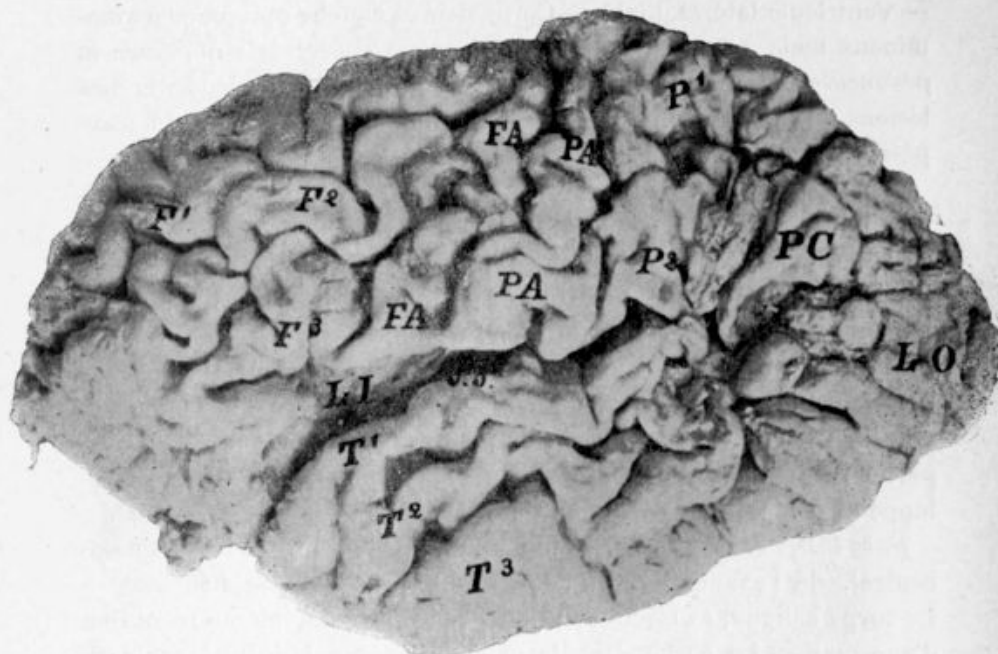


FIG. 4. — Cas de Hug....

sur laquelle nous insisterons plus loin. — *Sclérose atrophique* de PA dans toute son étendue, surtout à son tiers supérieur. — Le *lobe pariétal* et la partie postérieure du *lobe temporal* présentent une lésion toute particulière. Ils forment une zone en entonnoir, où l'altération va en s'accroissant de la périphérie au centre qui est au niveau du pli courbe. Cette zone offre, sur sa périphérie, une sclérose atrophique plus accentuée, mais analogue à celle des parties voisines. Au centre, les circonvolutions ont un aspect *gélatineux, kystiforme*. On dirait que la substance grise est séparée de la substance blanche. Ces circonvolutions sont flétries et forment une excavation en entonnoir dont la partie centrale, la plus profonde et la plus altérée, est un peu au-dessous du pli courbe sur le trajet de la seconde

circonvolution temporale (T²) — Les lobes temporaux et occipitaux sont fortement altérés, toutefois T³ offre un aspect à peu près normal

Face interne. — Sclérose atrophique considérable de F¹ et du lobule paracentral. Avant-coin moins altéré. — Coin très sclérosé dans sa moitié inférieure. Circonvolution du corps calleux atrophiée surtout dans son tiers antérieur. Lobe temporo-sphénoïdal bien moins atrophié. Altération très accusée du corps calleux sur toute son étendue. — Ventricule latéral dilaté. — Corps strié et couche optique peu volumineux mais ne paraissant pas altérés. — Tubercule mamillaire et pédoncule cérébral, notablement moins développés qu'à droite. Les lésions de cet hémisphère peuvent se résumer dans ces mots : atrophie, induration, blancheur.

Hémisphère droit. — *Face convexe.* La décortication est très difficile, la pie-mère très adhérente entraîne de grands lambeaux de substance grise. Les circonvolutions frontales sont volumineuses, contournées et n'ont que de rares plis de passage. Adhérences nombreuses au tiers moyen des circonvolutions frontales et au niveau du lobe orbitaire. — FA et PA sont sans lésions. — Le lobe pariétal est déprimé et porte les traces de nombreuses adhérences sur sa partie antérieure et surtout au niveau du pli courbe. Il en est de même à la partie postérieure de T¹ et de T². Le lobule de l'insula est très développé et d'apparence normale.

Face interne. — Aucune lésion apparente de F¹, du lobule paracentral, de l'avant-coin, du coin, ni du lobe temporo-sphénoïdal. — Le corps calleux, sa circonvolution et le ventricule latéral n'ont rien d'anormal. — Le corps strié, la couche optique et le pédoncule cérébral sont très développés. L'hémisphère droit présente dans son ensemble une consistance molle qui contraste singulièrement avec l'induration du côté opposé. — L'hémisphère cérébral droit pèse 260 grammes de plus que le gauche.

Les lobes du *cervelet* paraissent sains, le gauche pèse 10 grammes de plus que le droit. (*Atrophie croisée*). La *protubérance* semble saine.

Dans le *bulbe*, au niveau de l'olive, la pyramide antérieure gauche est considérablement atrophiée et est remplacée par une petite bandelette grise formant une sorte de fossé; il en résulte que l'olive gauche semble plus volumineuse que la droite (*Dégénération secondaire*).

La *moelle* offre une diminution nette de sa partie droite, néanmoins il est difficile sur une coupe fraîche de se rendre bien compte de la dégénération du faisceau pyramidal droit.

Comme exemple de *sclérose atrophique lobaire symétrique*, nous citerons celui de Veyr... (*Compte rendu* de 1897, p. 104). L'atrophie des lobes frontaux, déjà très nette sous la pie-mère, est encore plus frappante après l'ablation de cette membrane et ce qui reste de ces lobes

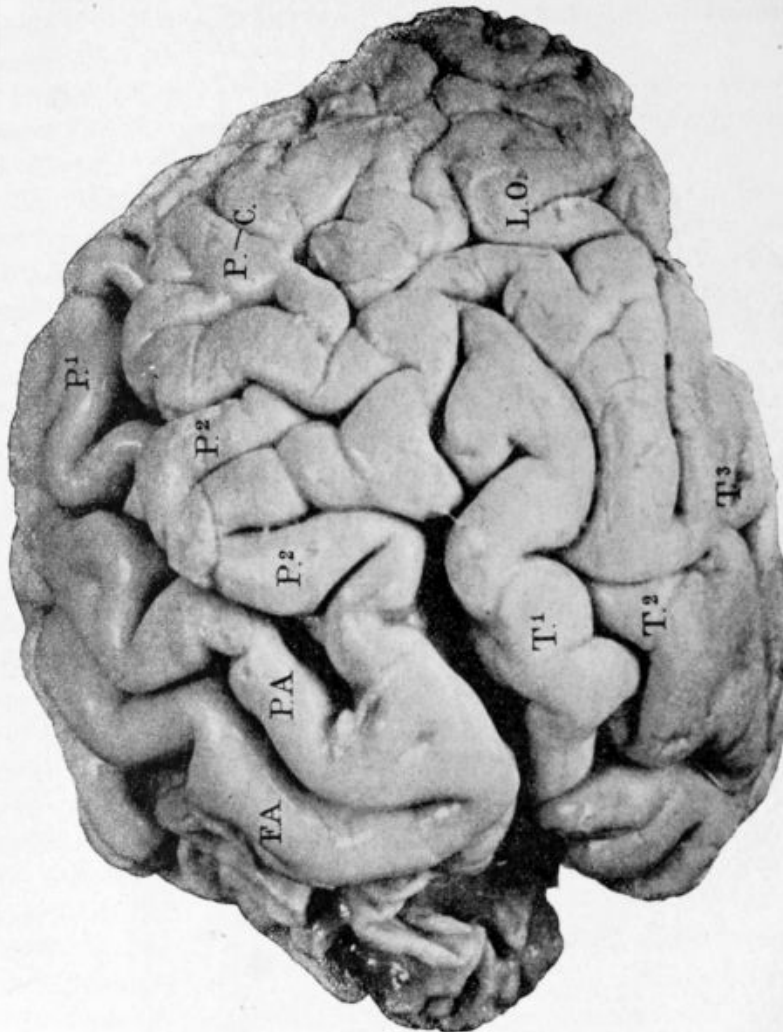


FIG. 5. — Cas de Veyr...

tranche fortement par sa couleur jaunâtre avec la coloration des circonvolutions saines.

Hémisphère droit. — Le *lobe frontal* est réduit à une petite pyramide triangulaire de deux centimètres et demi sur cinq centimètres à peine et, dans son ensemble, cet hémisphère a une forme arrondie. Les *lobes pariétal et temporal* sont, au contraire, assez développés. Ce qui

reste des circonvolutions du lobe frontal a une coloration brun jaunâtre sur ses faces convexe et inférieure, grisâtre sur sa face interne. Les circonvolutions situées en arrière ont leur coloration naturelle, sont assez grosses, sauf les circonvolutions occipitales, et paraissent

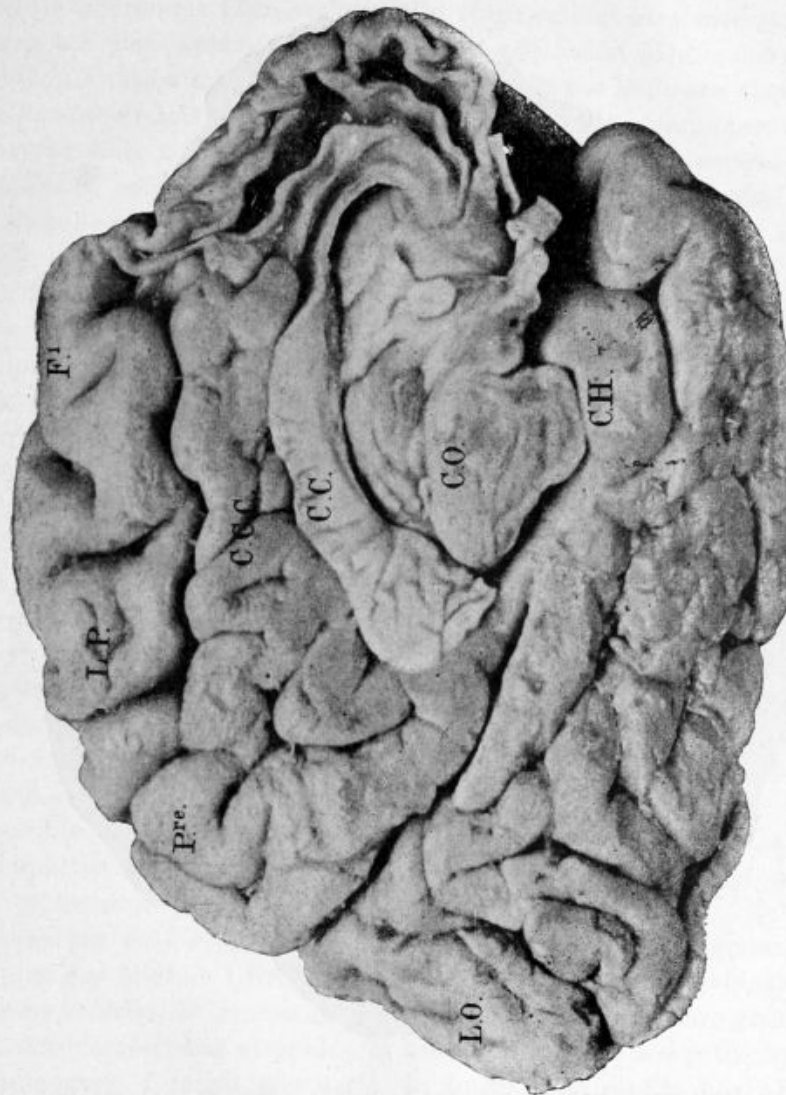


FIG. 6. — Cas de Veyr...

tassées les unes contre les autres. Les *sillons* qui les séparent sont assez profonds.

Les *circonvolutions du lobe frontal* sont non seulement *atrophiques*, mais *sclérosées*, réduites à de petites crêtes et lamelles sinueuses, assez écartées. Il ne reste d'intact que la partie postérieure de la *première*

frontale (F¹), le pied de la *seconde frontale* (F²). Quant à la *troisième frontale* (F³), elle est *atrophée* et *indurée* dans toute son étendue. Il en est de même des circonvolutions de la face inférieure du lobe.

Le *lobule de l'insula*, dans sa moitié antérieure, n'offre *aucune digitation*, est aplati, membraneux, dur, de coloration *vitreuse*; deux légers reliefs fibreux indiquent la place des digitations correspondantes.

La *frontale* et la *pariétale ascendantes* (FA et PA) sont relativement volumineuses, unies à leurs extrémités par des plis de passage fermant le *sillon* de Rolando, qui est assez profond.

Les *plis pariétaux* (P¹ et P²) sont bien développés. Un pli de passage, qui les réunit, présente un *petit foyer* jaunâtre, ocreux, de *sclérose atrophique*, en retrait par rapport à la surface des circonvolutions voisines. La lésion intéresse environ deux centimètres de la longueur de la circonvolution de passage. Le *lobe occipital* est peu volumineux, sans sclérose. — Sur cet hémisphère, et sur l'autre, la *circonvolution* dite « d'enceinte de la scissure de Sylvius » est très simple et très nette. — Les trois circonvolutions du *lobe temporal* (T¹, T², T³) sont volumineuses, les sillons intermédiaires sont assez profonds, les plis du passage rares.

Face interne. — On trouve, comme nous l'avons dit, les mêmes lésions de *sclérose atrophique*, intéressant les trois quarts antérieurs de la *première frontale* (F¹) et la moitié correspondante de la *circonvolution du corps calleux* (CCC). Le *corps calleux* lui-même (CC) n'est pas atrophé comme il l'est sur l'hémisphère gauche. Le reste des circonvolutions est assez développé. Le *lobule paracentral* (LP) est moins gros que le gauche. Le *lobe quadrilatère* (LQ) est assez volumineux et assez plissé. Le *coin* est plus petit qu'à gauche. Le *lobe occipital* est composé de circonvolutions plutôt peu développées. — Le *ventricule latéral*, la *couche optique* (CO) et le *corps strié* n'ont rien de particulier.

Hémisphère gauche. — *Face convexe.* — Le *lobe frontal* est également réduit à de très minimes proportions (fig. 5) par une *sclérose atrophique* qui a réduit toutes ses circonvolutions, sauf le pied de la première frontale, en petites *crêtes blanches* ou d'un blanc jaunâtre, indurées, et cela sur les trois faces du lobe. La moitié antérieure de l'*insula* est, elle aussi, profondément altérée, sans trace de digitations, déprimée, aplatie, sclérosée et jaunâtre. La *frontale* et la *pariétale ascendantes* sont bien développées et régulières. Le *sillon de Rolando* est très net et assez profond. Les *plis pariétaux* inférieurs et supérieurs (P¹, P²) et le *pli courbe* (PC) sont plutôt volumineux,

tandis que le *lobe occipital* (L O) est notablement réduit. Les *circonvolutions temporales* (T¹, T², T³) sont passablement développées.

Face interne. — La partie antérieure du *corps calleux* (CC), et la partie correspondante de la circonvolution du corps calleux (CCC) sont réduites à une simple *lamelle* ainsi que toute la face interne du *lobe frontal*, à l'exception de l'extrémité postérieure de la *première frontale* (F¹). (Fig. 6.)

Le *lobe occipital* est petit; la *circonvolution de l'hippocampe* (CH) est simple et grosse. Les *sillons* sont moyennement profonds, les *plis de passage* rares ou nuls. Le *ventricule latéral*, la *couche optique* (CO) et le *corps strié* n'offrent aucune lésion. Signalons l'épaisseur considérable des deux tiers postérieurs du corps calleux (CC).

Le rétrécissement et le peu de hauteur du front, dans ce cas remarquable, étaient en rapport avec l'atrophie des lobes frontaux, mais les os frontaux n'avaient pu suivre le mouvement de retrait de ces lobes et l'espace devenu libre entre ces lobes et la face interne des frontaux était comblé : 1^o par une accumulation considérable de liquide céphalo-rachidien; 2^o par un épaissement, une *hypertrophie des os frontaux* dans toute leur étendue. Mentionnons aussi la *dilatation des ventricules latéraux*.

Le cas de Thil... (*Compte rendu de 1892*, p. 86) montre que les foyers de sclérose lobaire sont quelquefois très *multipliés* et qu'ils ne sont *pas toujours symétriques*:

a) *Hémisphère cérébral droit.* — La *pariétale ascendante* est atteinte de *sclérose atrophique*; depuis son extrémité inférieure jusqu'à son extrémité supérieure, elle offre l'aspect d'un gros cordonnet qui égale à peine le 1/5 de la frontale ascendante. La sclérose se prolonge sur le lobule paracentral qui est atrophié. La partie qui se relie au lobule de l'insula, offre la même lésion. Les circonvolutions qui sont en arrière sont légèrement plus petites qu'à l'état normal; le *lobe occipital*, en particulier, a ses circonvolutions sclérosées aussi bien sur la face externe que sur la face interne. L'atrophie y est encore plus prononcée que sur la pariétale ascendante. La scissure de Sylvius ne présente rien d'anormal. Le *lobe temporo-sphénoïdal* est intact ainsi que le *corps calleux*.

b) *Hémisphère gauche.* — Les lésions de sclérose atrophique sont beaucoup plus accentuées. Ici la sclérose occupe les deux versants du sillon de Rolando, réduisant à un mince cordon de 4 à 5 millimètres la pariétale et la frontale ascendantes. Le pied de F¹, F², F³ est également atteint de sclérose atrophique; celui de F³, notamment, n'est plus représenté que par son tiers antérieur, ses deux tiers postérieurs

étant atrophiés au point de ne plus avoir que 2 millimètres à peine d'épaisseur. Le *lobule paracentral* est rudimentaire. Les *circonvolutions pariétales* sont le siège du même processus atrophique dans le voisinage de la pariétale ascendante. La *circonvolution du corps calleux* est également sclérosée. Quant au *lobe occipital* tout entier, il n'est plus figuré que par des circonvolutions rudimentaires à *aspect vermicellé* et qui sont les mêmes sur la face interne de ce lobe sur les deux hémisphères.

A la *sclérose atrophique*, nous rattacherons, pour mémoire, les cas où les circonvolutions à leur face externe seule, ou sur leurs trois faces, sont *plissées, ridées*, ont un *aspect chagriné*. En pareil cas, les bords des circonvolutions, au lieu d'être arrondis, sont tranchants, ce qui donne aux circonvolutions chagrinées une forme quadrangulaire. Cette lésion occupe tantôt quelques circonvolutions, tantôt un grand nombre d'entre elles, soit sur toutes les faces des hémisphères, soit sur l'une d'entre elles. Elle se rencontre isolément ou en même temps que la sclérose atrophique. Ajoutons que celle-ci peut être compliquée de méningo-encéphalite; que, parfois on observe la sclérose atrophique sur un hémisphère et la méningo-encéphalite sur le second.

V. IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE SCLÉROSE TUBÉREUSE OU HYPERTROPHIQUE. — Le *cuir chevelu*, le *crâne*, la *dyre-mère*, la *pie-mère*, sauf dans les cas compliqués, n'offrent rien de particulier. Les lésions qui caractérisent cette forme se rencontrent sur les *circonvolutions* et sur les *ventricules latéraux*. Elles consistent en ilots arrondis, triangulaires, quadrangulaires, pentagonaux, en forme de cornemuse, ou de formes difficiles à caractériser, formant saillie. Leur surface est lisse, leurs bords rectilignes ou arrondis. De volume variable, pouvant atteindre plusieurs centimètres — jusqu'à six — en hauteur et en largeur et comprendre tout un lobe, d'une coloration blanchâtre, opaque, d'une densité bien supérieure aux parties avoisinantes, ces ilots isolés ou conglomérés font partie des circonvolutions : il s'agit, en un mot, d'une *sclérose hypertrophique* de portions plus ou moins grandes des circonvolutions. Ces ilots sont en nombre variable, 10, 15, 20 et même davantage. On les rencontre indifféremment sur toutes les faces des hémisphères; mais elles prédominent en général, sur la face convexe qui est, d'ailleurs, la plus étendue. Elles impriment aux circonvolutions une sorte de tassement, de nombreuses déformations et les rendent quelquefois difficilement reconnaissables, d'où

des anomalies variées. Plusieurs îlots scléreux peuvent exister sur la même circonvolution ou se continuer d'une face sur l'autre. Le plus souvent les circonvolutions, en apparence saines, sont volumineuses, réduites aux principales. Les plis de passage sont rares.

Au niveau des masses scléreuses, la pie-mère est mince, s'enlève avec facilité; elle passe sur elles comme un voile. On dirait qu'il n'y a plus aucun lien entre elles et la pie-mère. Une section pratiquée sur les portions indurées met, parfois, à jour, une cavité dont les parois sont lisses et unies par des tractus d'apparence vasculaire. La paroi externe est dure, l'interne molle. A la coupe, en général, on sent une résistance due à l'induration, très prononcée au niveau de l'écorce, puis moindre à mesure que l'instrument pénètre en profondeur.

Les *ventricules latéraux* ne sont pas dilatés. La couche optique est saine. Mais le *corps strié* est parsemé d'*îlots sclérosés*, tranchant par leur coloration blanche sur le fond gris du corps strié. Ces petites tumeurs ont 2, 3, 5 millimètres de diamètre; elles sont réunies en une sorte de grappe. Elles prédominent en avant sur le bord supérieur et le sillon voisin. La figure 7 (enfant Laut...) permet de se rendre un compte exact de la forme et de la distribution des îlots scléreux et complète notre description.

La sclérose tubéreuse se complique souvent de *méningite* ou de *méningo-encéphalite*. Sur les dix cas qui nous sont personnels, nous l'avons rencontrée cinq fois. Tantôt elle s'observe sur les deux hémisphères, tantôt sur un seul; les faces convexes sont ordinairement les plus altérées.

Une lésion concomitante, qui est constante, est celle des *veins*. Ces organes offrent à leur surface plusieurs petites *tumeurs* d'un blanc jaunâtre, d'une consistance demi-molle, présentant à la coupe une forme conique. Quelquefois elles ont une largeur de 1 centimètre et une profondeur de 2 centimètres. Elles peuvent atteindre le volume d'une noisette et même d'un œuf de pigeon. Dans trois cas, il existait en outre de petits kystes. Un examen histologique pratiqué en 1881, par M. Mayor, a montré qu'il s'agissait probablement de sarcome encéphaloïde(?).

VI. IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE PORENCÉPHALIE VRAIE. — Des cinq *crânes* que nous vous présentons deux sont nettement ovoïdes, trois plus ou moins trigones. L'un d'eux (celui de Viv...) rappelle un peu l'une des formes des crânes hydrocéphaliques. Tous sont plagiocéphaliques, minces, avec de nombreuses plaques transparentes. Toutes les sutures persistent.

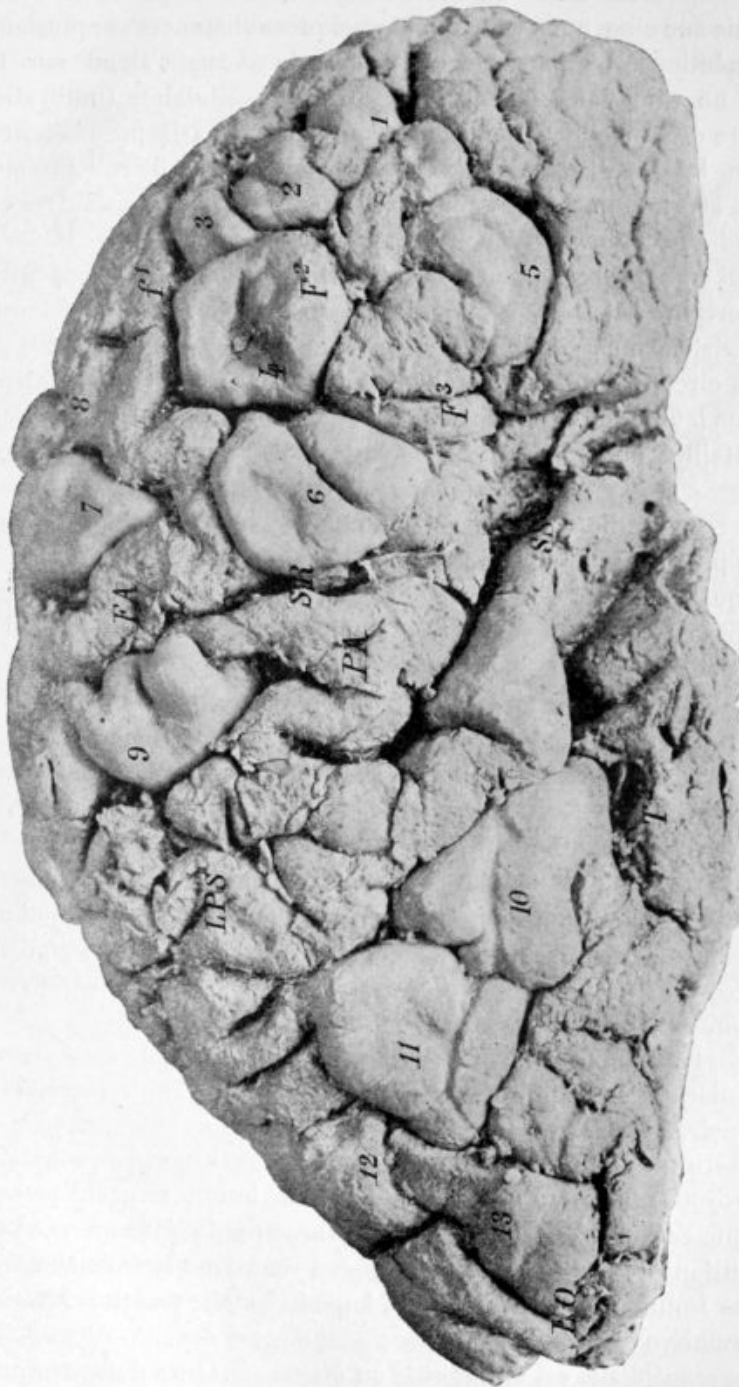


FIG. 7. — Cas de Laut...

La *pie-mère* est saine ou offre une vascularisation variable. Une seule fois sur cinq, nous avons noté quelques adhérences sur plusieurs circonvolutions. La *pie-mère* au niveau du *porus* s'étend sur lui comme un voile sans présenter les tractus cellulaires (infiltration cellulaire de Cruvelhier) que nous trouverons dans la pseudo-porencéphalie. La quantité du *liquide céphalo-rachidien* est d'ordinaire augmentée, 50 grammes, 60 grammes, 250 grammes. Dans deux autres cas il est indiqué comme peu ou assez abondant.

Ce qui caractérise la porencéphalie vraie, arrêt de développement dont l'origine est très discutée, tantôt unilatérale, tantôt bilatérale, c'est l'existence, en général, d'un *porus* avec malformation et déviation des circonvolutions. Les cinq cerveaux que nous vous montrons ainsi que leurs photographies sont très démonstratifs. Leur description détaillée nous entraînerait au delà des limites qui nous sont fixées.

La porencéphalie vraie consiste le plus souvent en l'absence d'une portion plus ou moins grande d'une région des circonvolutions. La cavité qui en résulte a la forme d'une entonnoir, plus ou moins régulier, à base externe répondant à la face convexe du cerveau et dont le sommet aboutit au ventricule latéral. Ses bords, et même ses faces, sont plutôt quadrangulaires. Ses parois lisses, unies ou légèrement mamelonnées, ont la couleur blanche des circonvolutions.

Les circonvolutions qui avoisinent le *porus* ont une disposition remarquable, caractéristique : toutes se dirigent en rayonnant vers les bords de l'excavation sur laquelle elles se réfléchissent et où elles semblent avoir leur origine. C'est à peine si les circonvolutions les plus éloignées n'offrent pas cette particularité et conservent quelques-uns de leurs caractères morphologiques. Le nombre des circonvolutions déformées est en rapport avec l'étendue de la cavité porencéphalique.

L'*orifice de communication* avec le ventricule est en général arrondi et régulier. Il siège presque toujours à la partie la plus déclive de l'entonnoir.

Le *processus pathologique* capable d'amener cette perte de substance est, croyons-nous, d'origine vasculaire, la lésion siégeant presque constamment au niveau du territoire irrigué par la sylvienne. Les circonvolutions le plus souvent intéressées sont donc la troisième frontale, les frontale et pariétale ascendantes, le pli pariétal inférieur et la première temporale.

La porencéphalie est *unilatérale* ou *bilatérale*. Cette dernière forme paraît être la plus commune. La lésion n'est pas identique des deux

côtés, elle peut être plus vaste d'un côté que de l'autre. Chez Saint-Arn.... il y a une vaste cavité à droite avec communication ventriculaire, tandis qu'à gauche il n'y a qu'une dépression sans communi-



FIG. 8. — Cas de Roc....



FIG. 9. — Cas de Roc....

tion avec le ventricule; mais, tout autour, les circonvolutions ont la disposition radiée que nous avons décrite. Un degré de plus et le porus était constitué (Voir les fig. 8, 9 et 10).

Le *ventricule latéral* dans lequel s'ouvre le porus, vu par sa face interne, n'a été trouvé un peu dilaté que dans deux cas. Les masses centrales sont d'apparence normales et proportionnées au volume du

cerveau. — Dans les cas très prononcés, les lobes occipitaux laissent le cervelet en partie découvert.

Le tableau suivant donne une idée du poids de l'encéphale, des hémisphères cérébraux et cérébelleux.

NOMS	AGE	SEXE	DIAGNOSTIC	PORENCÉPHALIE		POIDS DE L'ENCÉPHALE	HÉMISPHERES CÉRÉBRAUX		HÉMISPHERES CÉRÉBELLEUX	
				UNI- LATÉRALE	BILATÉRALE		D	G	D	G
St-Arnoul.	6 ans	Garçon	Idiotie complète.	Droite.	Bilatérale.	750	295	515	55	55
Pot., . . .	5 ans	Garçon	Idiotie complète.	»	»	760	455	215	55	50
Vive., . . .	7 ans	Garçon	Idiotie. Affai- blissement paralytique du côté gauche.	»	»	510	190	540	90	80
Roch., . . .	6 ans	Garçon	Idiotie complète. Cécité. Épilepsie.	»	»	490	200	188	47	47
Aybra., . . .	4 ans	Fille	Idiotie complète.	»	»	950	570	415	65	65

VII. IDIOTIE SYMPTOMATIQUE DE PSEUDO-PORENCÉPHALIE (*Foyers anciens d'hémorragie ou de ramollissement, pseudo-kystes, infiltration celluleuse, etc.*). — Le cuir chevelu est ordinairement peu épais. — Le crâne est en général asymétrique (Plagiocéphalie plus ou moins prononcée). La moitié correspondante à la lésion, base et voûte, est moins développée que du côté sain. Les os sont peu épais, durs, avec de nombreuses plaques transparentes. Toutefois dans la porencéphalie unilatérale, il n'est pas rare de trouver les os de la moitié du crâne correspondant à la lésion plus épais que ceux de l'autre moitié. Les sutures persistent. — La *pie-mère*, excepté au niveau des lésions cérébrales, n'offre rien de notable dans les cas non compliqués de méningite, circonstance assez rare d'ailleurs. — Si ce n'est dans deux cas où il y avait quelques adhérences au crâne le long de la grande scissure interhémisphérique, la *dure-mère* a paru normale.

Les lésions en foyer qui caractérisent la pseudo-porencéphalie nous offrent à examiner : 1° l'état de la *pie-mère* à leur niveau ; — 2° le foyer lui-même ; — 3° les circonvolutions contiguës ; — 4° les lésions secondaires.

A l'ouverture de la *dure-mère*, on aperçoit sur l'un des lobes du cer-

veau un kyste ou mieux un pseudo-kyste, de dimensions variables,

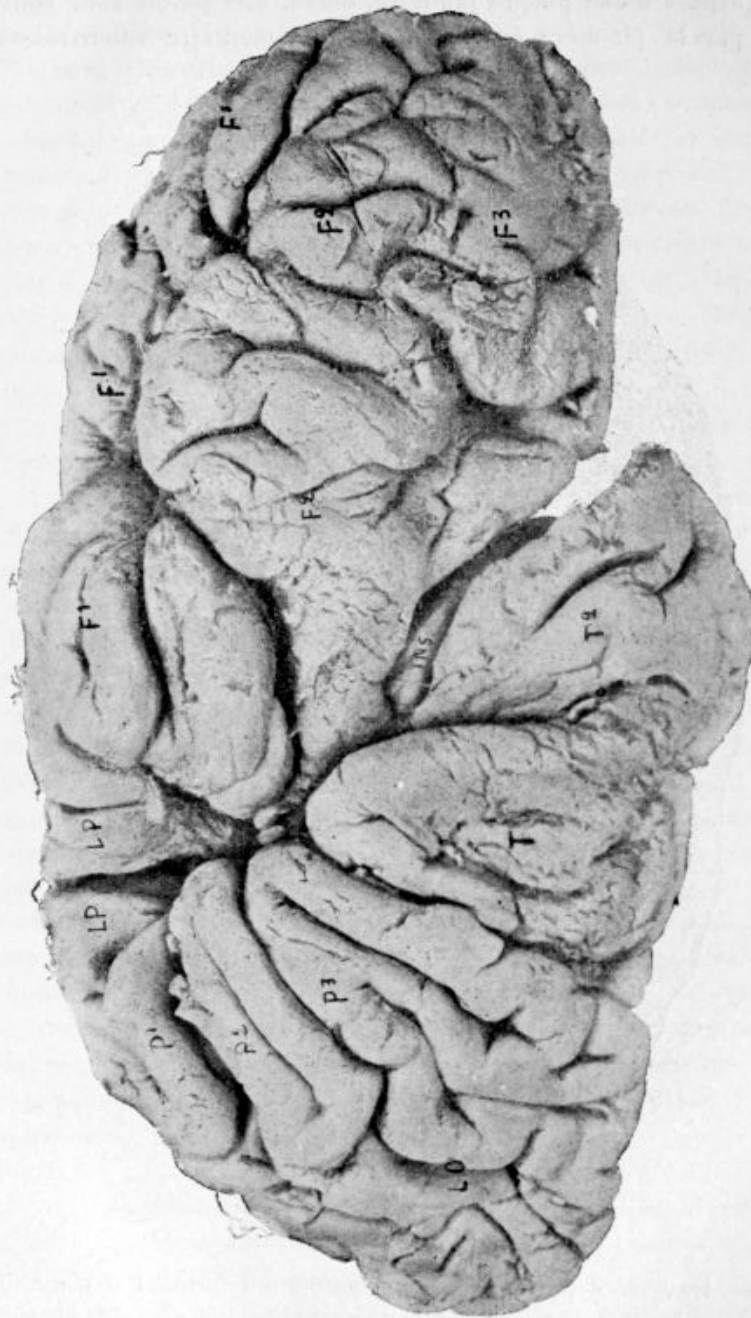


FIG. 10. — Cas d'Aybr....

donnant une sensation de mollesse particulière, faisant prévoir l'existence d'une destruction des circonvolutions. Souvent le pseudo-kyste

offre un certain degré de transparence, d'autres fois il se présente sous l'aspect d'une plaque jaunâtre, ocrée. Les parois sont constituées par la pie-mère épaissie. La cavité peut être subdivisée en

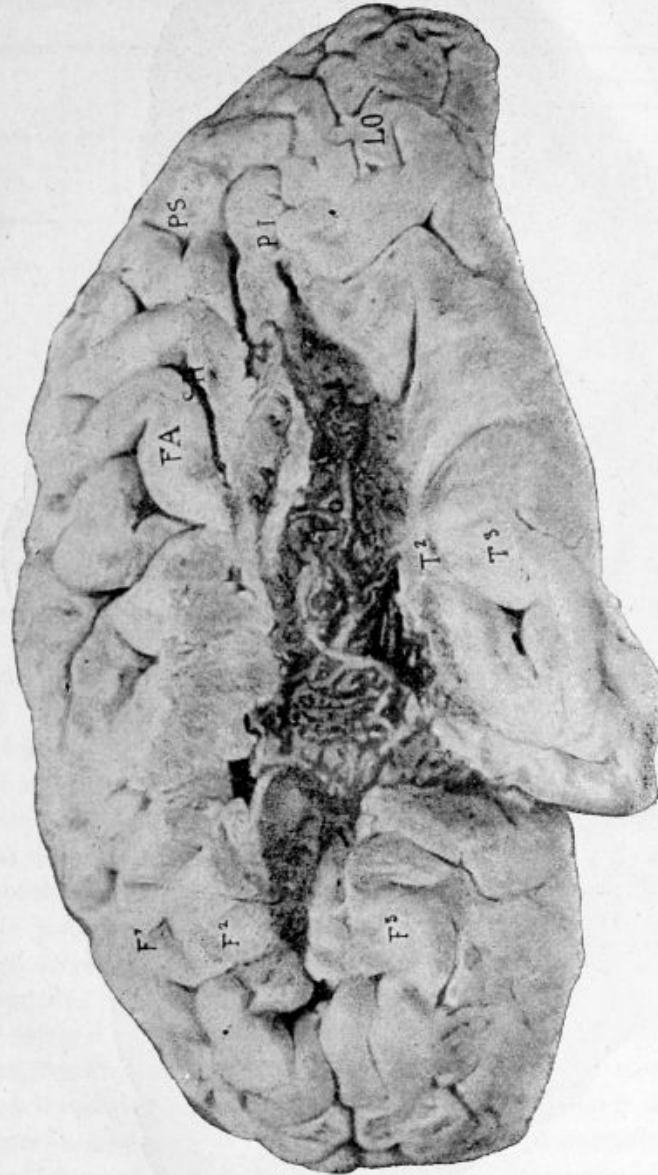


FIG. II. — Cas de Gaill ...

logettes, traversées par des tractus cellulaires formant des mailles. Le tout est infiltré de liquide céphalo-rachidien qui remplit le pseudo-kyste et ses logettes, et comble la dépression constituée par la lésion destructive. On se rend compte de l'étendue de celle-ci lorsqu'on a

donné écoulement au liquide. Sur son pourtour la pie-mère adhère, en général, aux restes des circonvolutions qui ont été intéressées par la lésion. (Fig. 11.)

Quand le pseudo-kyste a été enlevé, on constate l'absence de circonvolutions ou de portions de circonvolutions plus ou moins considérables suivant l'étendue du foyer. Les circonvolutions qui le limitent sont atrophiées quelquefois à un degré prononcé et il n'est pas rare d'en rencontrer qui semblent atteintes de sclérose atrophique. Au delà de cette zone limitrophe, toutes les circonvolutions sont arrêtées dans leur développement et cet arrêt porte sur tout l'hémisphère cérébral qui dans tous ses diamètres est inférieur à l'hémisphère demeuré sain et qui se traduit par une différence de poids plus ou moins grande (Voir le tableau de la page 194).

S'il existe un foyer sur les deux hémisphères cérébraux le poids du cerveau se trouve réduit dans sa totalité.

Les circonvolutions ont leur aspect et leur direction habituels. Elles ne rayonnent pas vers la lésion comme vers un centre, ainsi que nous l'avons vu dans tous les cas de porencéphalie vraie.

Le fond du foyer est constitué par une couche, parfois très mince, d'un ou deux millimètres d'épaisseur, constituée par une membrane cellulaire parcourue par des vaisseaux, un peu de substance blanche, et par l'épendyme. Parfois, la substance cérébrale paraît même faire défaut. D'après quelques auteurs, il peut y avoir communication du foyer avec le ventricule latéral correspondant; mais alors la perforation est irrégulière, comme déchiquetée, et n'offre pas la disposition circulaire ou elliptique, avec bords arrondis et lisses, du porus de la porencéphalie vraie.

Dans les onze cas que nous possédons et dont nous vous montrons les plus remarquables, la pseudo-porencéphalie était *bilatérale* dans trois cas, *unilatérale droite* ou *gauche* dans un nombre égal de cas.

Tantôt il n'y a qu'un pseudo-kyste, tantôt il y en a plusieurs. Dans la pseudo-porencéphalie double, ils sont d'ordinaire symétriques. Au point de vue de leur répartition, ces foyers se comportent ainsi qu'il suit :

Lobes frontaux.	8 fois
— de l'insula.	8 —
— temporaux.	8 —
— pariétaux	6 —
— du pli courbe.	5 —
— occipitaux.	4 —

Le tableau ci-après fournit des renseignements sur la différence de poids entre les hémisphères cérébraux et cérébelleux.

NOMS	AGE	SEXE	HÉMISPHERES CÉRÉBRAUX			HÉMISPHERES CÉRÉBELLEUX		
			D	G	DIFFÉ- RENCE	D	G	DIFFÉ- RENCE
Rena	5 ans.	Garçon.	278	187	91	22	50	8
Régni. (Jean).	8 ans.	Garçon.	550	550	Égaux	70	70	Égaux
Voisen	5 ans.	Fille.	265	265	Égaux	50	50	Égaux
Grar ¹	24 ans.	Garçon.	424	514	90	55	75	20
Lefèv.	19 ans.	Garçon.	555	565	230	77	72	5
Dufo	15 ans.	Garçon.	240	560	320	85	75	10
Wirt	5 ans.	Fille.	290	425	135	45	45	Égaux
Fau.	8 ans.	Garçon.	550	190	140	65	65	Égaux
Régni. (Paul)	19 ans.	Garçon.	540	275	265	75	80	5
Gailla.	10 ans.	Fille.	477	255	222	70	70	Égaux
Scheff.	4 ans.	Fille.	350	275	55	50	50	Égaux

1. L'inégalité porte sur l'hémisphère cérébral et cérébelleux du même côté.

Dans la pseudo-porencéphalie *double*, en général avec prédominance de la lésion d'un côté, les artères de la base sont moins volumineuses qu'à l'état normal. Il en est de même des bandelettes optiques, des tubercules mamillaires, des pédoncules cérébraux, de la protubérance et du bulbe. Dans la pseudo-porencéphalie *unilatérale*, les artères répondant à l'hémisphère lésé sont notablement plus petites que celles de l'hémisphère sain.

La bandelette optique de ce côté, le tubercule mamillaire, absent dans un cas, le pédoncule cérébral, la moitié de la protubérance, la pyramide antérieure et l'olive, sont sensiblement atrophiés (*dégénération secondaires*). Nous nous bornons à cette simple constatation, regrettant de ne pouvoir mettre en regard de ces lésions secondaires la description des foyers cérébraux. Rappelons que, le plus souvent, le pseudo-kyste occupe le lobe temporal, le lobule de l'insula et la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius.

Comme lésion concomitante, nous n'avons à mentionner que la méningo-encéphalite dans un seul de nos onze cas. Elle était moins accusée sur l'hémisphère où siégeait la lésion destructive que sur l'autre où il n'y avait aucun foyer.

Comparaison entre la porencéphalie vraie et la pseudo-porencéphalie.
— Pour nous, la véritable porencéphalie ne reconnaît qu'une seule cause, toujours la même, un arrêt de développement, dont l'origine nous échappe. Différents processus pathologiques (hémorragies,

ramollissements) déterminent des lésions qui peuvent plus ou moins grossièrement simuler la porencéphalie vraie, mais ce ne sera jamais qu'une *fausse porencéphalie*. Nous avons alors une perte de substance plus ou moins vaste et profonde, recouverte par la pie-mère et contenant du liquide céphalo-rachidien en quantité variable, en un mot un *kyste* ou mieux encore un *pseudo-kyste*, avec infiltration cellulaire, logettes de dimensions variables, séparées du ventricule par une épaisseur plus ou moins grande de substance blanche. Tout autour de la perte de substance, les *circonvolutions* ou *portions de circonvolutions* qui ont persisté présentent leur aspect normal et ne convergent pas d'ordinaire vers le foyer.

Dans la *porencéphalie vraie* : 1° La *cavité* a la forme d'un entonnoir plus ou moins régulier, à base externe, et dont le sommet regarde le ventricule. Son aspect est lisse. Elle est recouverte par la pie-mère qui n'offre ni logettes, ni infiltration celluleuse; 2° les *circonvolutions* ont une disposition remarquable, caractéristique : toutes se dirigent en rayonnant vers le fond de l'excavation, véritable point de convergence où elles semblent prendre leur racine; 3° l'*orifice de communication* est toujours régulier, souvent parfaitement arrondi ou elliptique et formant ce qu'on appelle le *porus*. Ce *porus* caractéristique est toujours situé à la partie la plus déclive de l'entonnoir porencéphalique; 4° autour de l'*excavation*, on rencontre presque constamment d'autres anomalies, dues au même arrêt de développement; 5° les lésions que nous qualifions de *pseudo-porencéphalies* peuvent être *congénitales*, mais elles sont surtout *extra-congénitales*, se produisant plus ou moins longtemps après la naissance, même chez l'adulte, tandis que la *porencéphalie vraie* est TOUJOURS CONGÉNITALE et ne survient jamais après la naissance. C'est là une différence, et non la moins importante, qui sépare ces deux genres de lésions.

VIII. IDIOTIE MYXŒDÉMATEUSE OU CACHEXIE PACHYDERMIQUE INFANTILE.

— Le *cuir chevelu* est d'habitude épais, parfois même très épais. Il n'est amaigri que si le malade a succombé à une maladie intercurrente un peu prolongée. Les cheveux sont gros, raides, semblables à des crins, avec un reflet roux. Il y a une alopécie partielle, siégeant au-dessus des bosses frontales, parfois au niveau du vertex. Le *crâne* appartient le plus souvent au type brachycéphale. Les *os* sont minces, peu durs, d'une couleur blanc jaunâtre avec des plaques transparentes. La *fontanelle antérieure* persiste chez tous les sujets, même chez les plus âgés¹. Il en est de même des sutures et même de la suture

1. Il est probable qu'à l'autopsie des malades, qui auront été traités longtemps par la glande thyroïde, la fontanelle antérieure sera trouvée ossifiée.

métopique chez des sujets très âgés. La dure-mère est souvent adhérente à la voûte crânienne. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouve quelques adhérences, d'ailleurs très limitées, de la pie-mère à la substance grise.

Les *circonvolutions* ont un aspect luisant, rappelant celui du cerveau des nouveau-nés, sorte d'aspect gélatiniforme. Dans un groupe de cerveaux que nous avons examinés, elles étaient plutôt petites, assez sinueuses avec des plis de passage en assez grand nombre et des sillons relativement profonds. Dans le second groupe, les circonvolutions étaient plutôt grosses, surtout les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes, les sillons peu profonds, écartés, les plis de passage rares.

Dans tous les cas, les *circonvolutions temporales* étaient volumineuses, d'une conformation très simple. La première envoie un ou deux prolongements assez gros au *lobule de l'insula* qui est largement découvert.

Les *ventricules latéraux* et les *masses centrales* n'ont rien de particulier. Sauf dans un cas, le liquide *céphalo-rachidien* n'était pas augmenté. La *glande pituitaire* a paru un peu plus volumineuse que d'habitude. La *glande pinéale* est naturelle. Les différentes parties de la base de l'encéphale (artères, nerfs, etc.), ainsi que la protubérance et le bulbe, étaient normaux. Le *grand sympathique* examiné dans plusieurs cas a semblé macroscopiquement sain.

Dans tous les cas, la GLANDE THYROÏDE était COMPLÈTEMENT ABSENTE. — Rappelons aussi l'arrêt de développement de la taille, les déformations du squelette, le développement exagéré du tissu graisseux formant dans différentes régions des pseudo-lipomes.

Examen histologique. — L'examen, pratiqué par M. Pilliet sur le cerveau d'une fillette de 7 ans, a porté sur un fragment pris au milieu de la frontale ascendante droite et sur l'un des lobes latéraux du cervelet. Les coupes montrent un développement assez marqué des capillaires qui sont élargis. Les cellules névrogliques sont relativement abondantes. La substance blanche paraît parsemée de corps granuleux; mais cet aspect est dû à ce que la myéline a été modifiée par suite du long séjour de la pièce dans l'alcool. Le stroma névroglique paraît nettement fibrillaire, surtout dans les portions les plus superficielles de l'écorce. Les grandes cellules pyramidales et les moyennes sont allongées; beaucoup sont presque complètement fusiformes, mais nulle part on ne constate de pigmentation semblable à celle qu'a décrite M. Fletcher Beach, ni de vacuolisation. Dans le cervelet, la couche granuleuse est extrêmement riche en cellules; les

grandes cellules de Purkinje sont très nombreuses et ne paraissent pas non plus altérées. En tout cas, elles ne sont pas pigmentées.

En résumé, il est difficile d'apprécier des altérations quantitatives des cellules pyramidales sur le cerveau d'un enfant si jeune. Quant aux altérations qualitatives, elles sont très peu marquées. Les lésions des fibres à myéline dans la couche corticale, dans les faisceaux descendants de la substance grise, et dans la substance blanche, n'ont pu être étudiées à cause du long séjour des pièces dans l'alcool.

VIII. IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE. — Sous le nom de *microcéphales*, les auteurs ont groupé tous les idiots dont la tête est petite et dont le cerveau, par conséquent, est en poids au-dessous de la moyenne. Broca déclare microcéphales tous les individus dont le cerveau n'atteint pas 1049 gr. pour les hommes, 907 gr. pour les femmes.

Dans la plupart des cas, sauf ceux où la mort est survenue après une maladie assez longue, le cuir chevelu était assez épais.

Sur les 25 crânes, pris pour types, 15 sont assez nettement ovoïdes, 5 plutôt ronds, 5 ont une configuration intermédiaire. La plagio-céphalie est à peu près la règle.

Les sutures, contrairement à une opinion très répandue, persistent et ne présentent aucune trace de synostose ni à la face externe, ni à la face interne. Un seul crâne, celui de Renais... fait exception. Il présente une *synostose partielle* intéressant les 5/5 médians de la suture coronale et les 4/5 de la suture intra-pariétale. Les sutures pariéto-occipitales sont tout à fait libres et, après dessiccation, l'occipital s'est séparé des pariétaux. Nous avons noté une fois la persistance de la *suture métopique* et deux fois l'existence d'*os wormiens*.

Presque tous les crânes sont minces et le plus souvent très minces. Tous sont parsemés de très nombreuses plaques transparentes, surtout au niveau des fontanelles et des sutures. Il s'ensuit que l'opinion qui voudrait rattacher l'idiotie à la *synostose prématurée des os du crâne* n'est pas plus fondée pour les *microcéphales* que pour les idiots des autres groupes.

Les lésions du *cerveau* dans la microcéphalie, loin d'être toujours les mêmes, sont, au contraire, très diverses. Les décrire par le menu, comme il conviendrait, ici ne peut être fait. Nous y suppléerons par des figures représentant les différents types.

1° La microcéphalie est due à un *arrêt simple de développement*. Les principales circonvolutions sont présentes, souvent peu sinueuses et sans plis de passage ou avec des plis de passage peu nombreux. Les lobes frontaux sont peu développés, ce que faisait prévoir, d'ail-

leurs, l'étroitesse et la médiocre hauteur du front. Exemple : 1° le cerveau de Cher... dont la planche se trouve dans le *Compte rendu* de Bicêtre de 1881; 2° le cerveau de Louis; celui de Dubil.; celui de Thonn... chez lequel deux crâniectomies ont été pratiquées¹, etc.

2° La microcéphalie est due à un *arrêt de développement* des circonvolutions avec de nombreuses *déviations de leur forme*. Le cerveau d'Ed... dont la planche a été donnée dans notre *Compte rendu* de Bicêtre de 1881, en fournit un spécimen très remarquable. Le cerveau de Tera... rentre dans cette catégorie.

3° La microcéphalie reconnaît pour cause un *arrêt de développement* avec *malformations*. Tel est le cas de Clutoh....

4° La microcéphalie est due à une *sclérose atrophique généralisée* sans trop de changement de forme des circonvolutions (Sal..., fig. 12) ou au contraire avec une transformation presque générale des *circonvolutions*.

5° La microcéphalie est due à une *encéphalite avec transformation kystique des deux hémisphères* et il ne subsiste plus que des fragments atrophiés des circonvolutions. Tel est le cas de Perr....

6° La microcéphalie est produite par des lésions multiples parmi lesquelles prédomine la méningo-encéphalite. Alors les lésions macroscopiques et histologiques sont les mêmes que dans les cas d'idiotie symptomatique de méningo-encéphalite sans diminution de volume de la tête. On y retrouve aussi quelquefois une dilatation plus ou moins considérable des ventricules latéraux et un amincissement du corps calleux.

Ainsi que le montre ce résumé rapide, nous trouvons chez les microcéphales les lésions que nous avons décrites dans les chapitres précédents où ces cas de microcéphalie auraient pu prendre place, n'était la petitesse du crâne, et exception faite des cas d'arrêt de développement avec *malformations* du cerveau. En présence des lésions cérébrales que nous venons d'indiquer et dont les planches font ressortir l'étendue et la gravité, on a encore une nouvelle démonstration de l'inutilité de la crâniectomie.

Nous ferons remarquer que le poids ne donne pas une idée absolue de la microcéphalie. Nous avons observé un malade, Louis, âgé de 10 ans, dont l'encéphale pesait 1550 grammes et le cerveau seul

1. L'examen histologique pratiqué par Pilliet se terminait ainsi : « *En résumé, le non-développement des cellules nerveuses proprement dites, des neurones, est extrêmement accusé dans les différentes parties de cet encéphale, sans lésions artérielles, sans inflammations méningées. On se trouve donc en présence d'un cas d'idiotie par arrêt de développement.* (*Compte rendu de Bicêtre pour 1895, p. 124.*)

1240 grammes, alors que la tête avait des dimensions tout à fait restreintes.

IDIOTIE HYDROCÉPHALIQUE. — Le cuir chevelu est d'ordinaire mince, doublé d'une très faible quantité de tissu cellulaire.

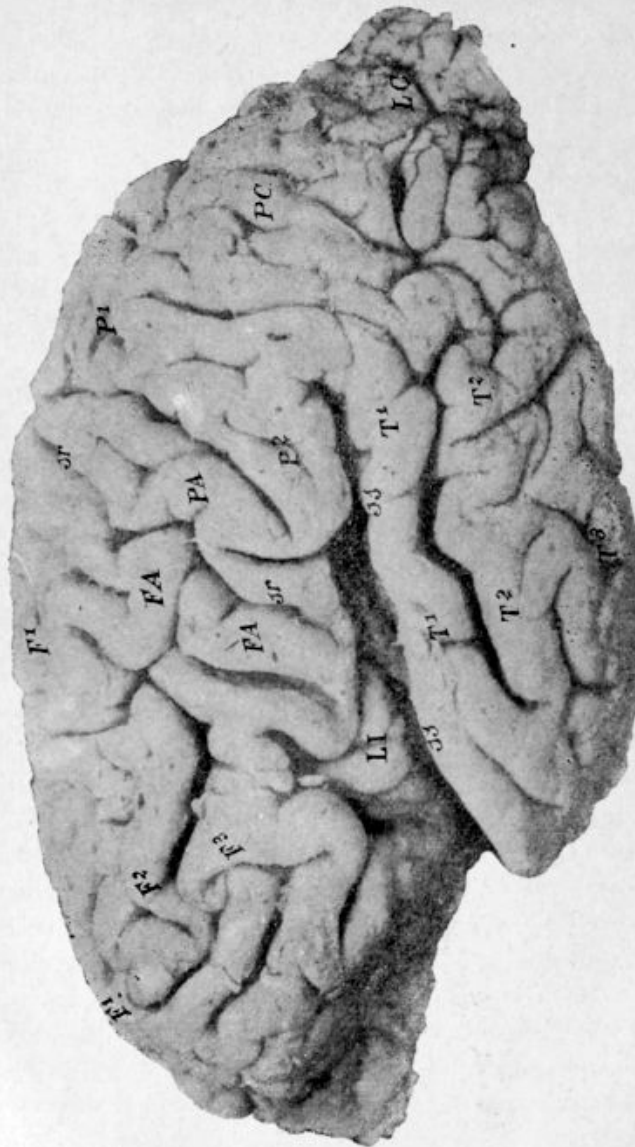


FIG. 12. — Cas de Sal...

Au point de vue de la conformation du crâne, nous distinguerons les hydrocéphales âgés de moins de cinq ans et ceux qui ont dépassé cet âge. Chez les premiers, dont l'hydrocéphalie est considérable, le crâne est très arrondi, brachycéphale, la fontanelle antérieure persiste

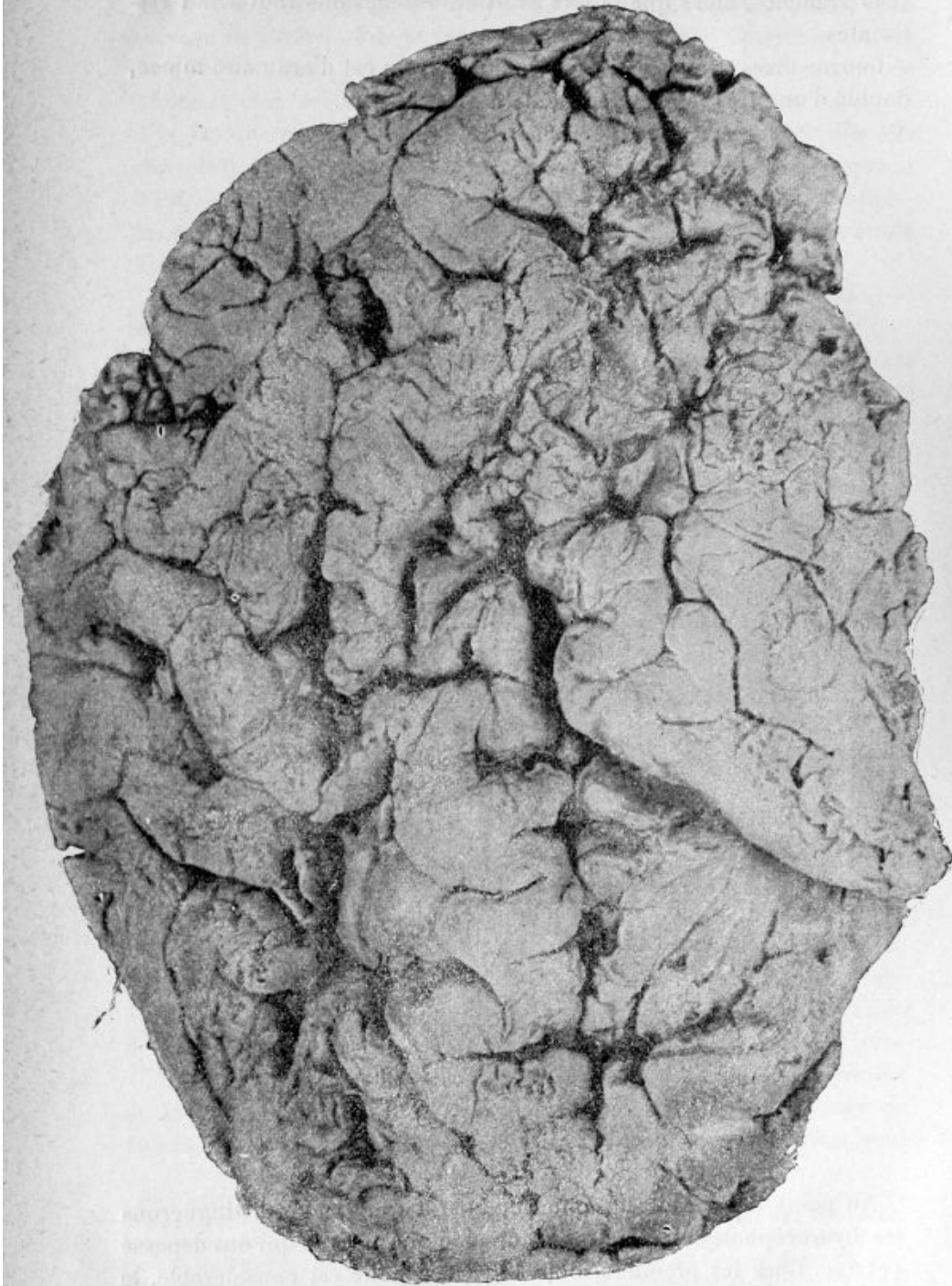


FIG. 15. — Cas de Gill...

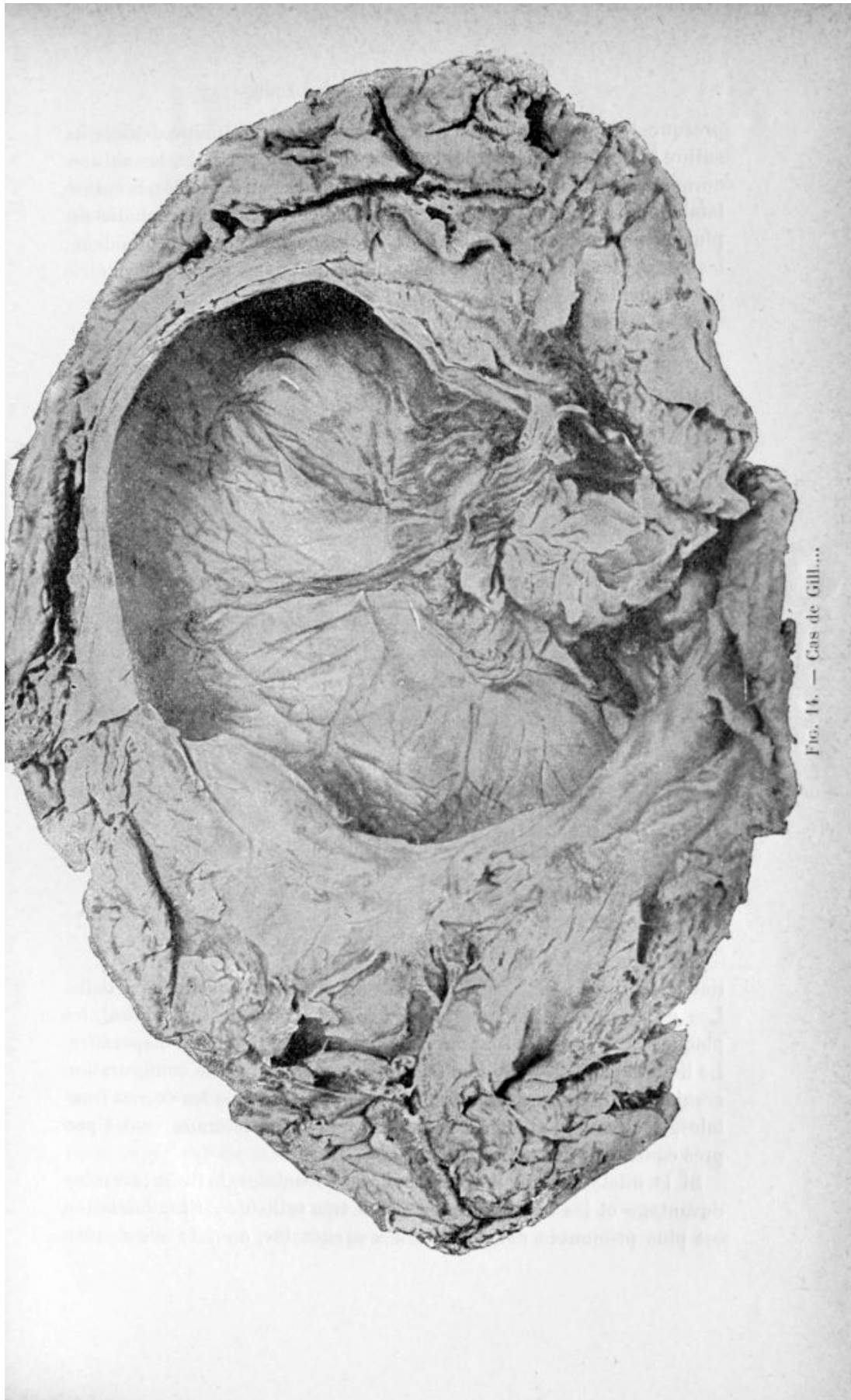


FIG. 14. — Cas de Gill...

presque toujours, la postérieure, environ dans la moitié des cas, la suture métopique existe fréquemment entière ou partielle, les sutures coronaires et sagittales sont rectilignes ou très peu dentelées, la suture lambdoïde très souvent semée d'os vormiens. La plagiocéphalie est plus ou moins accentuée. La base du crâne manque de profondeur; les apophyses, les crêtes et les saillies sont déprimées. L'asymétrie est fréquente.

Chez les sujets plus âgés, la persistance des fontanelles est excep-

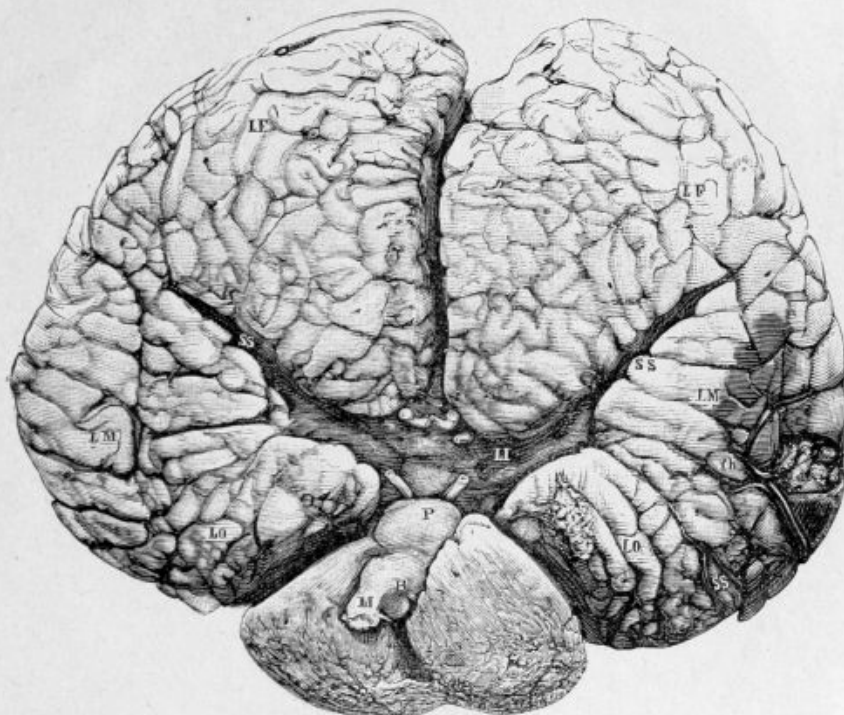


FIG. 15. — Cas de All...

tionnelle. Dans deux cas nous avons observé une synostose partielle. Les os vormiens deviennent plus rares. Le crâne est plus lourd, les plaques transparentes sont moins nombreuses et tendent à disparaître. Le liquide céphalo-rachidien diminue de quantité. Cette configuration crânienne correspond à l'hydrocéphalie dans laquelle les cornes frontales, temporales et occipitales des ventricules latéraux sont à peu près également dilatées. (Fig. 15, 14 et 15.)

Si la dilatation est limitée aux cornes frontales, le front proémine davantage et les bosses frontales sont très saillantes. Si la dilatation est plus prononcée dans les cornes occipitales, on note une scapho-

céphalie proportionnelle. Enfin si la dilatation prédomine au niveau des cornes temporales, ce qui est moins commun, le crâne s'étend transversalement rappelant la forme d'un chapeau de gendarme. Enfin, dans d'autres cas, la tête a une forme globuleuse, arrondie,

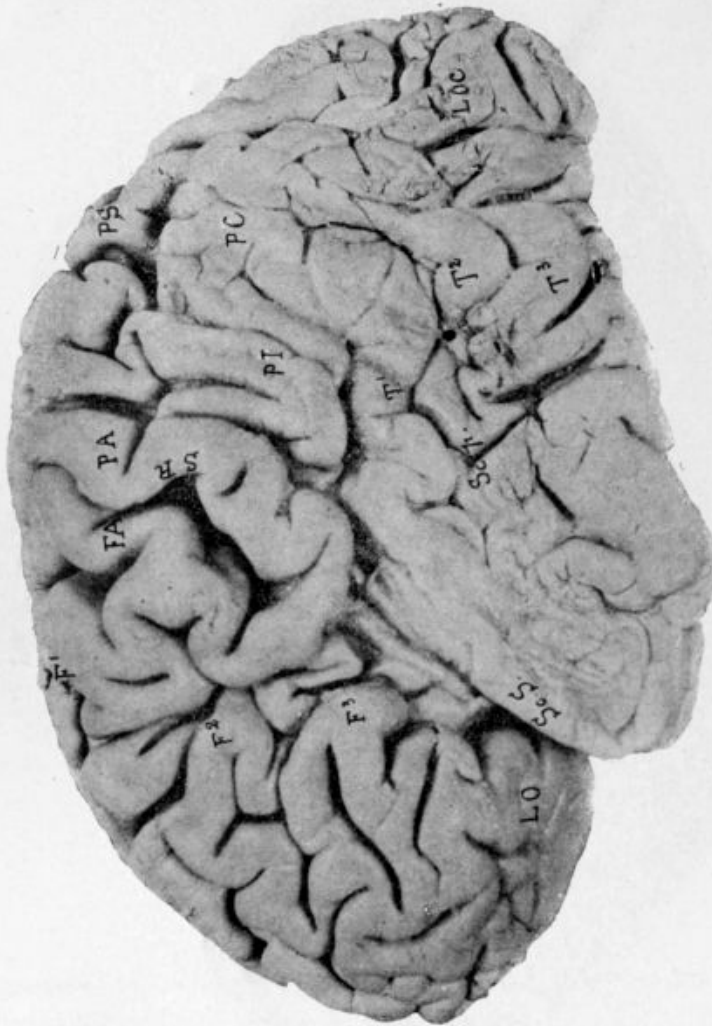


FIG. 16. — Cas de Sore.... Rodule de 5 cent. 1/2.

les cornes frontales sont à peu près normales tandis que les cornes occipitales et surtout temporales sont dilatées. Les deux crânes que nous représentons étaient minces, offraient de nombreuses plaques transparentes et la suture métopique persistait.

Dans l'hydrocéphalie symptomatique de méningite ou de méningo-encéphalite chroniques, avec poussées aiguës, on observe une légère

dilatation des sutures qui sont gorgées de sang formant une sorte de cordon rouge proéminent. — Dans l'hydrocéphalie symptomatique de tumeur encéphalique, intéressant surtout le cervelet, le crâne subit

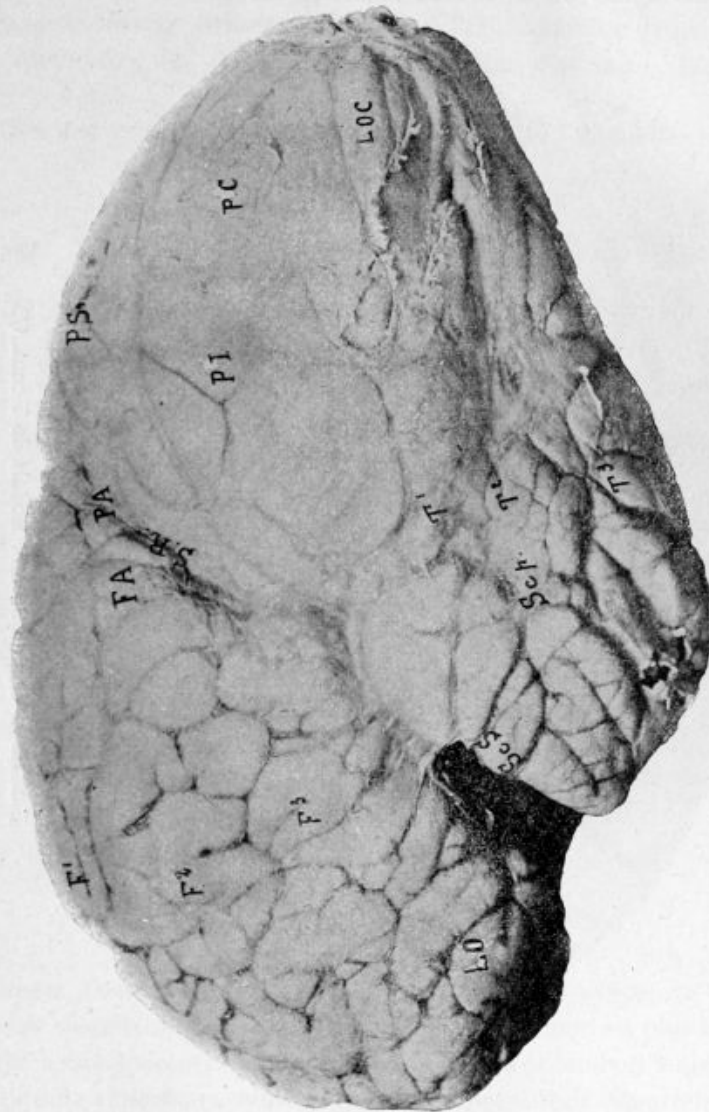


FIG. 17. — Cas de Gard...

une distension qui fait céder les sutures. Elles se disjoignent; leurs dentelures forment des aiguilles osseuses, engrenées lâchement et unies entre elles par une membrane fibreuse. (Fig. 18.)

Encéphale. — La *dure-mère* est en général saine et peu adhérente au crâne. La *pie-mère*, parfois reliée à la *dure-mère* par des

tractus cellulaires, est ordinairement très mince et peu vasculaire.

Les *sillons* et les *scissures* du *cerveau*, peu profonds, disparaissent presque complètement quand l'hydrocéphalie est considérable. Les circonvolutions ont l'aspect d'anneaux de *ténia* ou d'une *marqueterie* ou d'un éventail ouvert (fig. 15). L'épanchement réduit parfois

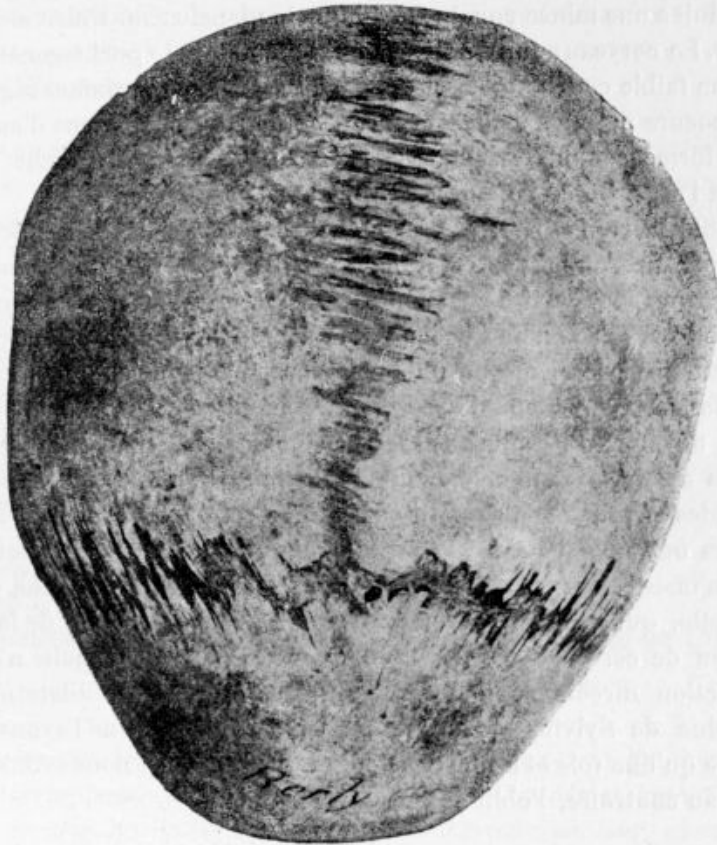


FIG. 18. — Crâne de Berl...

le manteau des circonvolutions à une mince couche membraneuse, transparente.

Les ventricules sont dilatés dans leurs trois prolongements, souvent d'une manière inégale et d'un hémisphère à l'autre. En règle générale, les trois cornes sont dilatées. La prédominance de la dilatation de l'une d'entre elles de chaque côté joue un rôle important sur la configuration du crâne. Nous avons observé des cas l'hydrocéphalie partielle dans lesquels la corne occipitale seule était distendue ou la corne temporale. (Fig. 16 et 17.)

Dilatation ventriculaire. — Tantôt elle est faible ou moyenne, et, alors, le septum, le corps calleux, la voûte à trois piliers, le troisième ventricule conservent à peu près leur forme et leurs rapports normaux. Tantôt l'hydrocéphalie est considérable, atteint un degré extraordinaire. En pareil cas, les ventricules communiquent entre eux; le septum, la voûte à trois piliers sont détruits; le corps calleux est réduit à une mince couche, ainsi que le plancher du troisième ventricule. Le cerveau apparaît sous la forme d'une vaste poche constituée par une faible couche de substance cérébrale. Dans certaines régions, il est encore possible de distinguer les circonvolutions; dans d'autres, toute forme régulière a disparu et dans ces régions la poche cérébrale a l'aspect d'un ballon de caoutchouc dégonflé.

A l'intérieur, la cavité hydrocéphalique est d'ordinaire complètement close par des adhérences des méninges. Dans des cas rares, on note une hydrocéphalie extra-ventriculaire circonscrite par des tractus cellulaires sous forme d'une poche ou d'un kyste considérable. La cavité ventriculaire est recouverte d'une membrane assez épaisse, assez peu vascularisée, se détachant avec assez de facilité.

Les noyaux gris centraux et les pédoncules sont réduits à l'état de masses aplaties, comme le manteau des circonvolutions. Les plexus choroïdes semblent disparaître dans les grandes dilatations. Des auteurs ont noté leur hypertrophie, ce que nous n'avons jamais vu. Nous n'insisterons pas sur les altérations du cervelet, du bulbe et de la moelle, qui peuvent survenir secondairement à la suite de la destruction de certaines régions du cerveau, car l'hydrocéphalie n'a pas une action directe sur ces organes. On a signalé la dilatation de l'aqueduc de Sylvius du quatrième ventricule. Nous ne l'avons rencontrée qu'une fois et à un faible degré. Dans un cas, nous avons constaté, au contraire, l'oblitération de l'aqueduc.

Nous aurions encore des considérations intéressantes à présenter au sujet des hydrocéphalies symptomatiques de méningite ou de méningo-encéphalite chronique ou de tumeurs de l'encéphale. Nous avons dû y renoncer, ayant déjà dépassé de beaucoup la limite qui nous était fixée. Nous nous bornerons à signaler (fig. 18) la distension très curieuse des sutures que nous avons observées dans deux cas de tumeurs du cervelet.

La quantité du liquide est très variable. Chez nos malades, elle a oscillé entre 80 et 200 grammes. Dans le cas de Cruikshank, la quantité de liquide aurait atteint 27 livres. Ce liquide transparent, d'habitude pauvre en albumine et riche en chlorures alcalins, paraît

analogue par sa composition chimique du liquide céphalo-rachidien et non d'un épanchement inflammatoire. Sur ce point, il convient pourtant de faire des réserves.

Les figures et les planches que nous avons intercalées dans ce rapport, et qui rappellent la leçon de choses que nous avons eu l'honneur de faire devant les membres de la *Section de psychiatrie*, permettront de combler les lacunes, que nous ne nous dissimulons pas, des résumés parfois trop sommaires, que nous avons tracés, des différentes lésions qui caractérisent les diverses idioties.

BIBLIOGRAPHIE. — *Recueil des mémoires, notes et observations sur l'idiotie* (Dans la *Bibliothèque d'éducation spéciale*, publiée par nous); — *Comptes rendus annuels de Bicêtre, 1880-1900*; — William W. Ireland, *The mental affections of children, idiocy, imbecility and insanity*; — C. Giacomini. *I cervelli dei microcefali*, avec un index bibliographique très complet; — Bombarda, *Contribuição para o estudo dos microcephalos*; — Hammaberg (Carl), *Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie nebst Untersuchung über die normale Anatomie der Hirnrinde*. Upsala, 1895. — Nous nous bornons à ces indications qui sont en partie complétées par nos co-rapporteurs, MM. Shuttleworth, Fletcher Beach et Mierzejewski.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DE L'IDIOTIE

par MM. Cl. PHILIPPE et J. OBERTHÜR

Les lésions les plus variées du cerveau, survenant au cours de son développement, tant pendant la vie intra-utérine que durant cette période de croissance où les centres nerveux sont encore en activité formative, peuvent réaliser le *syndrome clinique de l'idiotie*; de plus si ces mêmes lésions affectent des localisations déterminées en laissant intacte une certaine étendue de la corticalité, elles ne produiront souvent que des phénomènes paraplégiques ou convulsifs, et non le déficit psychique caractérisant l'idiotie : méningites en plaques; scléroses localisées; pseudo-porencéphalies et même hydrocéphalies. En conséquence, l'histologie pathologique de l'idiotie ne saurait être séparée de celle des encéphalopathies infantiles, dont elle n'est qu'un chapitre.

De même, au point de vue pathogénique, des facteurs multiples se trouvent au début de l'idiotie : dégénérescence nerveuse ou mentale;

syphilis quelquefois et souvent alcoolisme, dyscrasies diverses; intoxications endo- et exogènes chez les parents, particulièrement lors de la conception et pendant la gestation; — chez l'enfant ou le fœtus, traumatisme; certains agents toxiques ou infectieux; insuffisance thyroïdienne. Il est peut-être permis de penser que certaines causes produisent plus facilement telle forme anatomique; mais il est impossible, à l'heure actuelle, de dire dans quelles proportions les facteurs que nous avons énumérés s'assemblent pour produire les diverses lésions de sclérose ou de méningo-encéphalite; et de plus, il faut également tenir compte, dans une très large mesure, et de l'époque du développement pendant lequel la cause injuriant est mise en œuvre, et de l'intensité de son action. Bref, la spécificité de nature de telle lésion, à part certains cas où la syphilis a mis directement sa marque, ne saurait être invoquée comme guide dans les cas qui nous occupent.

Aussi, à cause de la complexité du problème, laisserons-nous de côté toute question doctrinale, pour suivre simplement, dans ses grandes lignes, la classification macroscopique proposée par M. Bourneville et son école, seule classification d'ailleurs, à l'époque actuelle, qui s'harmonise avec des faits anatomiques précis. En conséquence, nous nous bornerons à décrire ici les modifications histologiques des cas examinés par nous, en essayant de préciser chaque fois les localisations, les degrés, les qualités des lésions (méninges, vaisseaux, névroglie, cellules ou fibres nerveuses). Ces résultats de nos examens, nous ne les donnons ici que comme des documents d'attente, pour ainsi dire; car dans cette question si complexe de l'histologie pathologique de l'idiotie, malgré les excellents travaux qu'elle a suscités, il reste encore bien des points obscurs à éclaircir, bien des inconnues à dégager, et l'on ne peut espérer quelque clarté qu'après de longues et laborieuses recherches portant sur des cas nombreux et variés.

Le matériel, mis à notre disposition par M. Bourneville, a été traité par les techniques actuellement en usage. Pour chaque cerveau, une partie de l'écorce a été mordancée par les sels de chrome (liquide de Müller ou solution d'alun de chrome de Weigert); l'autre partie a été fixée au formol ou à l'alcool. Les coupes, pratiquées après inclusion à la celloïdine, ont été traitées par la méthode de Nissl (bleu polychrome de Unna). Nous avons aussi eu recours, dans tous les cas, aux méthodes de coloration myéliniques (Weigert-Pal, Kulschitzky, Benda, Azoulay, procédé de Marchi); pour les colorations générales cellulaires et névrogliales, nous avons employé les diverses hématoxylines et hématoxylines, associées au picro-carmin et à la fuchsine picriquée

de Van Giesen, cette dernière convenant particulièrement à l'étude des modifications de la névroglie.

Nos cas peuvent être répartis comme suit : trois cas qui rentrent dans la catégorie appelée par M. Bourneville : *arrêt de développement simple* des centres nerveux sans microcéphalie, sans microgyrie; deux cas de *méningite diffuse* ou plutôt de *méningo-encéphalite*, avec le volume des hémisphères et l'épaisseur des circonvolutions à peu près normaux à l'œil nu; trois cas de *sclérose cérébrale atrophique*; deux cas de *sclérose tubéreuse hypertrophique*; un cas de *microcéphalie* avec microgyrie; trois cas d'*hydrocéphalie interne*.

Tous ces cas s'accompagnaient d'idiotie plus ou moins profonde. Les symptômes de déficit psychique n'ont pas été toujours rigoureusement en rapport avec les résultats fournis par le simple examen pratiqué à l'œil nu. Ainsi, dans les cas de la première catégorie où l'aspect macroscopique ne s'éloigne que peu de la normale, l'on notait, toujours avec une très grosse hérédité nerveuse, une fois la simple diminution de l'intelligence, une autre fois l'idiotie congénitale avec diplégie et épilepsie; dans le troisième cas, l'idiotie complète avec amaurose. En conséquence, des lésions légères mais très diffuses, attaquant l'élément noble dans toute l'étendue des centres encéphaliques, exercent sur l'ensemble des phénomènes intellectuels une action parfois plus profonde que des suppressions, totales mais limitées, de la substance nerveuse (scléroses lobaires atrophiques¹).

I. — Dans le premier groupe, l'examen à l'œil nu montre un volume à peu près normal des hémisphères. Les circonvolutions sont un peu minces, les principales scissures et les plis de passage sont reconnaissables; dans un seul de ces cas (idiotie complète et amaurose), les circonvolutions occipitales semblaient moins développées que les autres, le cerveau avait l'apparence de celui de certains anthropoïdes. La pie-mère, d'une teinte opalescente, est légèrement épaissie (partie antérieure de la scissure inter-hémisphérique, lobule orbitaire et partie antérieure des circonvolutions temporales); néanmoins, en aucun cas, on n'aperçoit de vraies granulations méningées. Les méninges ne sont d'ailleurs pas adhérentes, leur décortication est facile, n'entraînant avec elle aucune parcelle de l'écorce. L'épaisseur des méninges est plus grande et leur enlèvement, plus délicat dans l'intérieur des scissures que sur la surface libre des circonvolutions.

1. L'observation clinique de tous ces cas, dont les photographies, les crânes et les cerveaux ont été montrés à la *Section de psychiatrie* par M. Bourneville, a été consignée dans les *Comptes rendus* de son service.

lutions. L'aspect de la substance cérébrale est assez particulier; généralement plus rosé, le tissu, plus transparent qu'à l'état normal, reste d'une consistance assez molle, même après le durcissement par le formol. La substance grise est assez épaisse par rapport au centre ovale des circonvolutions, manifestement diminué de volume.

Si l'on sépare les hémisphères, on remarque que les couches optiques, et d'ailleurs toute la masse grise centrale, sont plus ou moins atrophiées, plus ou moins translucides; il en est de même du corps calleux aminci, moins blanc; cette rétraction cause un élargissement de la cavité ventriculaire qui constitue une pseudo-hydrocéphalie.

Au microscope, les méninges apparaissent fibreuses, renfermant par place des vaisseaux en assez grand nombre et largement béants; les veines sont souvent dilatées; la prolifération cellulaire est légère (quelques noyaux allongés le long des trousseaux fibreux et dans les tuniques des vaisseaux, très peu de cellules embryonnaires rondes et d'éléments migrants). Disons de suite que la névroglie de la couche sous-piémiérienne ne prolifère pas et n'envoie pas de pinceaux ramifiés vers la méninge voisine, comme cela s'observe dans les encéphalopathies avec méningite symphysaire. Les vaisseaux, avons-nous dit, ne végètent pas; c'est à peine si l'on voit quelques capillaires néoformés dans la profondeur des scissures.

Les parois de ces vaisseaux ne présentent pas de grosses lésions; seule la couche moyenne est un peu épaissie avec une gaine adventice dilatée. Quelquefois aussi, ces parois ont un aspect hyalin, vitreux. Cette formule vasculaire des méninges est d'ailleurs la même dans toutes les régions du névraxe.

Les cellules de l'écorce sont en général assez nombreuses; mais parfois, bien que la hauteur des couches soit normale, il y a une raréfaction manifeste des éléments. Ailleurs leur agencement régulier en colonnes est varié par des clivages qui les disposent en tourbillons ou en rosaces souvent orientés autour d'un vaisseau; parfois il y a une sorte d'hétérotopie, avec inversion des couches. Mais cette lésion est d'un examen difficile, car nombre de ces cellules sont déviées de leur type morphologique habituel.

Les *cellules pyramidales* surtout disparaissent et l'on ne rencontre que des cellules analogues à celles de la cinquième couche (cellules polymorphes). Les éléments sont petits, pauvres en prolongements protoplasmiques; beaucoup sont arrondis, sans corpuscules de Nissl, avec un noyau volumineux, riche en chromatine; bref, ils ressemblent à des cellules jeunes ou neuroblastes. On peut donc les considérer comme des éléments arrêtés dans les premiers stades de leur évolu-

tion, ou encore ayant subi une métamorphose régressive. Ces cellules ne contiennent pas de pigment. Nous avons en outre constaté des figures à deux noyaux, à deux nucléoles ou à noyau en sablier : toutes figures pouvant être considérées comme appartenant à des cellules en voie de division. Ailleurs, le noyau a disparu et le protoplasma est creusé de vacuoles; de nombreuses cellules névrogliques envahissent l'élément tout entier.

Du côté des *fibres à myéline*, il existe également quelques modifications intéressantes. Signalons d'abord la gracilité habituelle de toutes les fibres, l'état variqueux et moniliforme, très accusé, des fibres tangentielles.

Le *centre ovale* des circonvolutions, bien que ne présentant pas d'envahissement scléreux, n'apparaît pas d'une couleur très foncée par le Weigert-Pal; avec un fort grossissement, on voit que les fibres, très fines d'ailleurs, ne sont pas fortement tassées les unes contre les autres; elles sont diminuées de nombre. La même description peut s'appliquer aux *fibres radiaires*.

Quant aux diverses couches des *fibres fines* de l'écorce, elles sont atteintes à des degrés variables : ce n'est d'ailleurs pas une disparition en masse avec abondance de corps granuleux, comme ce que l'on peut observer dans la paralysie générale de l'adulte à une période avancée. Tantôt ce sont les couches, généralement épaisses, des fibres profondes (stries de Bechterew et de Baillarger), qui ont en partie disparu, alors que les fibres tangentielles très superficielles ou réseau d'Exner, sont encore largement représentées (cas où la méningite est très légère). Tantôt, au contraire, celles-ci sont à peu près absentes alors que l'examen permet encore, sur les coupes traitées par le Pal, de reconnaître la strie de Baillarger. Nous devons ajouter qu'en certains points les fibres de l'écorce, tangentielles et radiaires, prennent une disposition échappant à toute description, car elles s'intriquent de façon tout à fait irrégulière, décrivant des courbes et des spires d'orientation bizarre.

Au point de vue de la *névroglie*, il y a ici peu de chose à dire; l'hyperplasie n'est pas très considérable, les fibrilles sont fines et nombreuses, les cellules sont petites, étoilées, avec protoplasma peu étendu; on voit de très nombreux et très fins prolongements; par contre, les grandes cellules araignées sont rares. C'est dans les couches profondes de la substance grise que l'on compte le plus de noyaux névrogliques; il y en a beaucoup moins dans le centre ovale des circonvolutions; là ce sont de nombreuses fibrilles, d'un diamètre parfois assez considérable, qui remplissent les interstices laissés par

les fibres à myéline; peut-être y a-t-il aussi dans le nombre, des cylindres dénudés, qu'il est fort difficile de différencier avec les techniques actuelles.

En somme, dans cette première catégorie, le fait dominant c'est l'atrophie, la dysgénésie ou l'agénésie des éléments nobles, fibres et cellules, à peu près identique en tous les points de l'écorce; les altérations de la névroglie, des méninges et des vaisseaux, bien que non négligeables, sont rejetées au second plan.

II. — Dans les deux cas suivants, les lésions des méninges et des couches superficielles de l'écorce attirent tout d'abord l'attention: ce sont des *méningo-encéphalites diffuses*. Le cerveau, de volume à peu près normal, présente un agencement assez régulier de ses circonvolutions; celles-ci sont épaisses, la substance blanche et la substance grise également réparties. Ce qui domine, c'est la *méningite généralisée*, occupant surtout la convexité, d'aspect lactescent, même un peu jaunâtre; on ne peut cependant dire qu'il s'agisse de caséification ou de purulence.

La décortication de pareils cerveaux est difficile, souvent impossible, car l'adhérence est intime au niveau de la surface des circonvolutions, quoique moindre dans les profondeurs des scissures; dans le premier cas, l'on arrache une couche importante de substance cérébrale. La vascularisation est considérable.

A l'examen microscopique, cette méningite est fibro-cellulaire; l'infiltration embryonnaire est dense autour des vaisseaux (gaine adventice) et s'étend parfois en nappes; en aucun point cependant, nous n'avons aperçu de véritables gommages capables de nous faire affirmer d'une manière péremptoire la nature syphilitique de la lésion; toutefois, l'état des vaisseaux, l'épaississement de leurs tuniques avec nodules embryonnaires, même l'endartérite et l'endophrébite fréquente, peuvent faire songer à cette maladie spécifique, au moins jusqu'à plus ample informé.

La néoformation vasculaire est intense au niveau de la symphyse, car de nombreux capillaires s'enfoncent perpendiculairement à la surface de l'écorce, entourés d'une grosse prolifération névroglie. Cette néoformation vasculaire existe identique au niveau des couches les plus inférieures de la substance grise. Par places même, nous avons vu des amas, relativement considérables, de cellules rondes formant manchon autour des vaisseaux.

Du côté du parenchyme, notons la diminution de nombre des cellules nerveuses, et aussi leur atrophie et l'achromatose du proto-

plasma, la perte de leurs prolongements, le noyau restant assez visible avec un nucléole bien délimité. Là encore nous trouvons fréquemment des cellules arrondies donnant l'impression de neuroblastes ou d'éléments en voie de régression.

La méthode de Weigert-Pal laisse le centre ovale de chaque circonvolution bien coloré, les fibres sont assez nombreuses, d'un diamètre suffisant.

C'est en pénétrant dans la substance corticale que *les lésions myéliniques* deviennent plus nettes; les trousseaux de fibres radiaires ne peuvent être suivies très loin vers l'écorce, le feutrage des fibres fines des couches les plus inférieures est encore assez visible; mais à mesure que l'on s'approche de la surface de l'écorce, la démyélinisation s'accroît et les fibres tangentielles zonales ont complètement disparu.

Cette démyélinisation très intense ne va pas sans une abondance de corps granuleux dans les gaines péri-vasculaires, au prorata des lésions récentes. On trouve dans l'atmosphère des vaisseaux et au voisinage des cellules nerveuses, de grandes cellules névrogliales ramifiées du type de celles observées dans toutes les inflammations aiguës et subaiguës du névraxe; le réseau fibrillaire interstitiel est également hypertrophié dans le voisinage des vaisseaux, mais il semble être, en bien des points de la corticalité, en voie de dégénérescence granuleuse; cet état est bien net dans la région sous-piemérienne où de petits îlots de substance nerveuse se désagrègent.

Somme toute, il paraît s'agir ici d'une lésion, diffuse ou à foyers multiples, encore en pleine évolution, d'allure plus inflammatoire que dans les cas précédents. Les hyperplasies cellulaires sont incontestables. Les lésions des vaisseaux ont un type bien particulier. Ces cas ne seraient-ils pas à rapprocher, malgré quelques différences, de la syphilis cérébrale héréditaire? Il pourrait s'agir ici de lésions syphilitiques; mais les renseignements cliniques, négatifs dans ce sens, ne nous permettent d'énoncer, en ce qui concerne nos cas, qu'une simple hypothèse.

III. — Passons maintenant aux faits de *sclérose cérébrale atrophique*.

Dans l'un d'eux, il s'agit d'une *sclérose lobaire symétrique*, limitée aux deux *lobes frontaux*. Dans les deux autres cas, la sclérose est diffuse, portant sur la plus grande partie des circonvolutions rolandiques et occipitales, sur le corps calleux, les noyaux gris centraux avec çà et là quelques territoires relativement indemnes. Les lésions

histologiques sont d'ailleurs identiques dans nos trois cas, avec de simples différences d'intensité. La méningite, inconstante, existe à des degrés variables; disons dès maintenant, qu'elle nous a semblé être surtout du type fibreux avec un certain degré de sclérose de la paroi de ses vaisseaux: elle ne contient que peu d'éléments embryonnaires, c'est une lésion ancienne, peut-être même arrêtée dans son évolution.

Semblables altérations ont été déjà décrites maintes fois: Jendrasik et Marie, Strümpell, Chaslin en ont donné les caractéristiques principales. Nous insisterons cependant sur quelques particularités, intéressantes, croyons-nous, à signaler. Les lésions scléreuses de la substance grise et celles de la substance blanche ont une allure un peu différente. Dans les circonvolutions où le processus est encore peu avancé, on observe, au milieu des fibres du centre ovale, des bandes de fibrilles névrogliales parallèles à la direction des fibres nerveuses et peu riches en noyaux; de nombreux vaisseaux aux parois épaissies traversent cette zone névrogliale; autour de ces bandes les fibres à myéline sont denses, mais, fait important, elles se réfléchissent autour de la zone de sclérose, qui de la sorte n'atteint généralement pas la substance grise et ne saurait donc être considérée comme une pure sclérose d'ordre dégénératif consécutive à une lésion des cellules corticales. Les bandes névrogliales occupant le centre ovale de chaque circonvolution malade, se réunissent vers la couronne rayonnante de l'hémisphère en trousseaux volumineux; sur les coupes larges, intéressant la paroi des ventricules latéraux, on est frappé par la disposition de ces bandes qui semblent être la propagation d'une sclérose intense péri-épendymaire; on peut même la saisir en certains points en quelque sorte à son début, sous la forme d'un épaississement scléreux de la paroi ventriculaire, avec lésions des vaisseaux de cette région et prolifération intense de l'épithélium épendymaire.

Dans les circonvolutions complètement rétractées, une mince couche de fibres à myéline reste encore, bordant la bande scléreuse centrale; elle disparaît à son tour dans les circonvolutions arrivées au dernier terme du processus; alors la technique la plus fine ne peut plus déceler dans le moignon fibreux qu'est devenue la circonvolution, aucun élément myélinique, et l'on y rencontre des corps granuleux, de plus en plus rares d'ailleurs, à mesure que l'on s'éloigne du début du processus.

Du côté de la substance grise, les lésions ne sont pas moins importantes. Disons toutefois que certaines circonvolutions, dont le centre

ovale est déjà très envahi par les bandes scléreuses, ne présentent pas toujours une atrophie, une diminution des cellules nerveuses corticales en rapport avec la disparition de leurs prolongements. Quoi qu'il en soit, les lésions commencent à la partie moyenne de la substance grise, comme l'avait fait remarquer Brissaud, ou plutôt dans les couches inférieures ; il se fait d'abord une hyperplasie de la névroglie des vaisseaux, les cellules névrogliales deviennent abondantes, à nombreux prolongements, et l'on voit s'articuler sur les parois des capillaires, des cellules-araignées de dimensions souvent énormes. Bientôt, les vaisseaux ont leurs tuniques envahies, de la périphérie vers l'intérieur, par une gliose dense : d'où rétrécissement concentrique de leur lumière, pouvant aller jusqu'à l'oblitération complète. Alors apparaît un autre phénomène intéressant : les portions les plus externes de ces nodules périvasculaires se raréfient, et de nombreuses fibrilles subissent la dégénérescence granuleuse : d'où formation de véritables cavités qui transforment les couches moyennes de la substance grise en une sorte de kyste séparant le centre ovale de la circonvolution des autres couches les plus superficielles de l'écorce. De ce kyste les parois opposées, dont les bords s'épaississent et finissent par se transformer en une véritable membrane névrogliale, sont réunies de place en place par des tractus névrogliaux, plus ou moins denses, au milieu desquels flottent quelques îlots scléreux. Un mécanisme analogue semble présider à la formation de certaines porencéphalies, dont ces foyers cavitaires ne sont peut-être qu'une variété. Pareil mécanisme nous semble intéressant à signaler à cause de la ressemblance de ce processus de sclérose névrogliale, avec le processus de la syringomyélie sur lequel nous avons ailleurs attiré l'attention. Et, à ce sujet, ne pourrait-on pas dire avec une certaine exactitude que si « l'hydromyélie est à la moelle ce que l'hydrocéphalie est au cerveau », certaines pseudo-porencéphalies et ces mêmes cavités corticales de la sclérose lobaire atrophique peuvent être considérées comme des équivalents de la gliose cavitaire de la moelle.

Chose remarquable, les couches supérieures de la substance grise restent longtemps indemnes, même en des régions où les lésions destructives sont très avancées ; également dans les couches grises profondes, on peut retrouver encore la couche moléculaire des cellules et les fibres tangentielles du réseau d'Exner très bien conservées. Inutile d'ajouter que la disparition des fibres radiales est surtout proportionnelle à la destruction des étages cellulaires de l'écorce ; cette disparition de tous les éléments nobles peut être absolue, nous l'avons constatée dans un cas pour toutes les circonvolutions frontales. De

pareilles lésions corticales entraînent d'ailleurs des agénésies secondaires, variables comme localisation et comme intensité, sur lesquelles il est inutile d'insister pour l'instant.

Du côté des lésions fines ou élémentaires, pour les fibres nous notons leur gracilité, souvent leur intrication plexiforme; quant aux cellules, l'atrophie simple, l'état vacuaire du protoplasma, la perte des prolongements, la disparition du noyau et du nucléole, sont choses fréquentes.

Dans l'un de nos cas, nous avons trouvé dans des circonvolutions d'apparence normale, peut-être même légèrement hypertrophiées, au milieu des colonnes cellulaires riches en éléments normaux, un assez grand nombre de cellules pyramidales *géantes*, deux ou trois fois plus volumineuses que d'habitude, munies de gros prolongements protoplasmiques et très chargées de substance chromatique.

IV. — Les cas ressortissants à la *sclérose tubéreuse* ou *hypertrophique* de M. Bourneville, ont déjà fait l'objet d'une communication de l'un de nous, avec M. Hudovernig, à la *Société de Neurologie* de Paris, au sujet de la nature de leur processus intime, néoplasique ou inflammatoire. Nous avons signalé dans cette variété une sclérose tantôt diffuse, tantôt disposée en nodules végétants, au milieu desquels on aperçoit en quantité, branchées souvent sur les parois des capillaires, d'énormes cellules-araignées à prolongements très volumineux, à corps protoplasmique abondant.

Au niveau de ces régions on observe une démyélinisation manifeste, une gracilité spéciale des fibres, une déviation de leur direction primitive. Et ces centres lésionnels étaient sur les préparations colorées par la méthode de Weigert-Pal très fortement décolorés; ils étaient au contraire d'un rouge vif sur les coupes traitées par le carmin. Au niveau de ces points, on observe également de la péri-artérite fibreuse; et par la méthode de Nissl, outre les altérations consistant dans des atrophies simples et de la chromatolyse, on rencontre de nombreux éléments dont certains en état de division, avec des noyaux riches en chromatine, un protoplasma très étendu et incolore, et que nous ne voulons pas maintenant classer d'une manière précise. Disons enfin qu'au niveau de la surface libre de ces circonvolutions hypertrophiées, un certain degré de méningite fibreuse était manifeste, s'accompagnant parfois de petites destructions des couches superficielles de l'écorce.

V. — Le seul cerveau de *microcéphale* que nous ayons pu examiner, présente un ensemble de lésions assez complexes. Les hémisphères

ont une longueur de 12 centimètres sur une hauteur de 8 centimètres et une épaisseur de 4 centimètres. Ce cerveau présente, au niveau du pôle frontal et du lobe orbitaire, principalement dans le voisinage de la scissure inter-hémisphérique, une méningite assez épaisse; les méninges sont opaques, mais de consistance molle. Au niveau de la région pariétale supérieure gauche se trouvait un *nodule fibreux*, arrondi, d'origine méningée, de la dimension d'un gros pois, ayant refoulé la substance corticale. Les scissures et les circonvolutions principales sont reconnaissables et d'un agencement régulier; celles-ci sont petites, surtout au niveau du pôle occipital, mais serrées les unes contre les autres; nulle part les scissures ne sont béantes comme dans les scléroses lobaires atrophiques: c'est de la microgyrie, le cerveau a l'aspect d'un cerveau de singe. L'atrophie porte également sur le *corps calleux*, sur les *couches optiques*. Il n'y a pas de dilatation apparente des ventricules.

A la coupe, la substance blanche de la couronne rayonnante est légèrement translucide. La décortication des méninges est facile généralement, bien qu'en certains points (pôle frontal) la substance corticale sous-jacente apparaisse diffluite. Sur les coupes microscopiques on voit que la méningite est surtout fibreuse; toutefois ses étages inférieurs sont aussi infiltrés de nombreux éléments cellulaires, les vaisseaux y sont nombreux, leurs tuniques sont épaissies, ayant subi une transformation fibreuse; la pie-mère pousse de multiples prolongements, sous forme de bourgeons fibro-vasculaires, vers l'écorce; autour de ces bourgeons se fait une prolifération névroglie abondante qui finit par aboutir à la nécrose et la substance nerveuse se désagrège en îlots: d'où l'apparition de nombreuses pertes de substance renfermant des débris de fibrilles ou de cellules nerveuses, des corps granuleux, des cellules névroglie privées de leurs prolongements et des détritibus amorphes; les contours de la circonvolution apparaissent alors déchiquetés et la destruction de l'écorce est en pleine activité là où la méningite est très épaisse; selon la profondeur de ces pertes de substance, la zone des fibres tangentiellles zonales et même plusieurs couches de cellules peuvent être intéressées. En tous les cas, il semble s'être produit un tassement de la substance grise, car l'ensemble des couches cellulaires, dans les points même où aucun phénomène de destruction corticale ne se manifeste, n'occupe guère que le tiers de la hauteur normale de l'écorce. De plus, les cellules sont petites, polymorphes ou arrondies, très altérées, disposées d'une manière irrégulière, quelquefois en amas très serrés, ailleurs très éloignées les unes des autres. Les

noyaux névrogliques sont abondants, mais les grandes cellules-araignées sont rares et les fibrilles névrogliques, peu visibles. Les différentes couches de fibres tangentielles sont raréfiées, souvent totalement absentes; il en est de même des pinceaux de fibres radiaires; le centre ovale de chaque circonvolution contient un certain nombre de fibres à myéline; toutefois, on observe encore ici des expansions de bandes fibreuses qui partent du voisinage des ventricules, se répandent dans la couronne rayonnante et pénètrent assez avant dans le centre de chaque circonvolution.

En somme, ce cas est particulièrement complexe par ce fait qu'il présente de la *méningite* avec destruction de l'écorce, de la *sclérose* en bandes de la substance blanche, avec lésions atrophiques des fibres et des cellules nerveuses.

VI. — Un mot, pour terminer, sur nos cas d'*hydrocéphalie* dont l'un se compliquait de lésions méningées avec destruction des régions les plus externes de la substance grise en des points variés. Ce qui domine ici c'est l'épaississement et la sclérose de la paroi ventriculaire, la prolifération de ses éléments épithéliaux, leur desquamation par place et les lésions des tuniques vasculaires. Le refoulement excentrique des fibres et des couches cellulaires accompagne l'ectasie des ventricules. En outre, on note une diminution assez notable du nombre des fibres, surtout parmi les fibres radiaires et tangentielles; les cellules nerveuses sont largement altérées: tassement des couches, diminution de nombre, atrophie des corps cellulaires et de leurs prolongements en proportions variables.

VII. — En résumé, de cet aperçu histologique portant sur quelques cas d'encéphalopathies infantiles, appartenant à des types macroscopiques très divers, que devons-nous retenir?

Tout d'abord, comme les lésions macroscopiques pouvaient nous le faire prévoir, les lésions histologiques sont aussi, elles, très variées. Nous trouvons au point de vue élémentaire, comme dans tous les organes, des lésions interstitielles et des lésions parenchymateuses combinées en proportions diverses selon les cas. Jamais la cellule nerveuse ou la fibre névroglique n'est seule en cause. Nous trouvons également, au point de vue de la marche des lésions, des *processus scléreux* à évolution lente, processus arrêtés peut-être en bien des cas, et des *processus franchement inflammatoires*, telles certaines méningo-encéphalites où les lésions suivent une marche subaiguë et que nous surprenons en pleine évolution.

Nous retiendrons encore que la méningite, au moins secondaire, fait rarement défaut à quelque degré que ce soit. Les lésions corticales existent en tous les cas et sont d'une importance capitale. Les cellules, selon l'âge auquel elles sont frappées, réagissent d'une manière variable; ce sont souvent des lésions purement destructives, aboutissant à la nécrose rapide, avec destruction du noyau, état vacuolaire; mais dans presque tous les cas, on constate les formes cellulaires qu'Hammarberg a si bien représentées dans son remarquable travail, formes que l'on doit considérer, soit comme des neuroblastes arrêtés dans leur évolution vers un état plus parfait, soit comme des cellules nerveuses en voie d'involution régressive. Il y a toujours retentissement sur la fibre nerveuse à myéline, qu'il s'agisse d'une simple démyélinisation de l'écorce ou de grosses lésions. L'agénésie idiopathique ou primitive nous semble douteuse, elle n'est qu'apparente, croyons-nous.

Une notion enfin qu'il importe de retenir, c'est que ces lésions encéphaliques sont toujours assez diffuses, étendues au moins à quelques circonvolutions et d'intensité variée, selon les localisations; souvent même dans les points où l'œil ne saisit rien d'anormal, le microscope vient révéler d'importantes modifications.

Dans aucun cas, nous n'avons rencontré la formule de la polio-encéphalite de Strümpell, qui fait de la lésion de l'élément cortical cellulaire le *primum movens* de toutes les altérations secondaires, formule actuellement en passe de se rajeunir. La cause injurieuse influence à la fois tous les éléments, vaisseaux, névroglie, cellules, fibres; chacun d'eux réagit à sa manière, peut-être selon la nature de l'agent causal, mais aussi suivant le terrain et l'âge du sujet.

DISCUSSION

M. TOULOUSE présente des objections de dénomination en s'appuyant sur un cas d'idiotie survenu à l'âge de 10 ans par encéphaloméningite.

M. G. BALLET fait observer qu'on ne peut donner à ce cas le nom d'idiotie, cette dernière étant essentiellement congénitale. Ici l'intelligence a été intacte jusqu'à 10 ans, c'est donc un cas de démence.

M. TOULOUSE. — L'intelligence ne pouvant se manifester dans les premiers mois de la vie, on ne peut pas savoir si elle n'a pas existé à ce moment chez la plupart des cas considérés comme rentrant dans le cadre de l'idiotie; cette distinction doit donc être élastique, et le cas cité semble devoir être rangé dans ce cadre.

M. G. BALLET. — Je ne crois pas qu'il y ait grande utilité à ergoter sur la signification du mot idiotie et des cas auxquels il s'applique. Tout le monde entend par là une altération cérébrale incompatible avec le développement des facultés mentales; ce qui exclut du cadre de l'idiotie tous

les faits dans lesquels, antérieurement aux troubles cérébraux, on a constaté un développement intellectuel avéré. Au reste, le mot idiotie est un très mauvais mot qui disparaîtra certainement de la nomenclature le jour prochain où nos notions sur les affections cérébrales de la première enfance seront assez précises pour qu'on puisse les diagnostiquer et les dénommer anatomo-pathologiquement.

M. BOURNEVILLE. — Dans certains cas, il y a influence héréditaire indéniable, sans qu'on ait trouvé, malgré le soin habituel apporté dans la prise des renseignements, aucun indice de syphilis. Un cas est douteux, celui d'un enfant assisté sur lequel nous n'avons pas de renseignements. Je ne saurais, pour le moment, dire le rôle des maladies infectieuses. Dans deux cas, la méningo-encéphalite a été trouvée chez des enfants de 5 à 4 ans, ivrognes, pris d'états de mal convulsifs après ivresse. J'ai eu toujours l'idée de réunir et comparer ces cas, je le ferai peut-être pour un prochain congrès.

M. TOULOUSE. — Presque tous les aliénistes publient sous le vocable d'idiotie des cas où l'intelligence a été normale jusqu'à un certain âge. Cela n'empêche pas de distinguer des cas de paralysie générale juvénile.

M. RÉGIS demande qu'on ne confonde pas la paralysie générale *juvénile* et la paralysie générale *infantile*. Le fait d'établir la séparation entre les deux par la puberté n'est pas acceptable, elle est tout à fait arbitraire. La vraie différence est que dans la paralysie générale infantile la démence a débuté avant le développement régulier de l'intelligence, au lieu que dans la première l'intelligence a eu le temps de se développer.

COMMUNICATIONS DIVERSES

**PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE CHEZ UN SUJET AYANT PRÉSENTÉ
DIX-HUIT ANS AUPARAVANT DU DÉLIRE DE PERSÉCUTION.
ANALGÉSIES CUTANÉE ET VISCÉRALES PROFONDES. AUTOPSIE :
INTÉGRITÉ DE LA MOELLE**

par MM. JOFFROY et GOMBAULT

L'histoire du malade atteint de paralysie générale progressive que nous rapportons ici présente diverses particularités, et la première n'est pas la moins intéressante.

X.. est entré dans le service de la Clinique des maladies mentales en juillet 1895, à l'âge de 51 ans ; mais il avait déjà fait un premier séjour de deux années dans un asile d'aliénés en 1879, c'est-à-dire seize ans auparavant, à l'âge de 35 ans. Et si nous n'avons pas une observation détaillée des accidents qui déterminèrent alors son internement, du moins nous avons un renseignement aussi précis qu'autorisé, puisqu'il s'agit des

deux certificats concordants et qui ont, à cette époque, été rédigés l'un par Lasègue et l'autre par Magnan.

Voici le certificat de Lasègue : « Délire de persécution, début il y a 18 mois, persécutions auxquelles le malade est en butte depuis Alger jusqu'à Paris. Hallucinations de l'ouïe, prétendues menaces, influences du microphone pour deviner sa pensée, etc. »

Voici maintenant le certificat de Magnan : « Délire de persécution avec hallucinations, on le poursuit, on lui a fait perdre sa place, des ennemis politiques s'acharnent contre lui, etc. »

Comme nous l'avons dit, il séjourna deux années dans un asile, fut mis en liberté, et placé ensuite comme secrétaire près d'une personne qui le protégeait. Pendant une dizaine d'années il vécut ainsi, puis il perdit sa place et tomba dans la misère.

Le malade était-il réellement guéri à sa sortie de l'asile ? Les hallucinations, les interprétations délirantes, les idées de persécution avaient-elles complètement disparu, nous ne le savons pas, nous manquons de détails sur l'état de X... pendant toute la longue période qu'il passa en liberté. En tous cas les hallucinations de l'ouïe avaient reparu depuis bien longtemps (si tant est qu'elles aient jamais complètement disparu) quand on interna de nouveau le malade.

Lorsque, à l'époque des vacances de 1895, il entra dans le service de la Clinique, il ne présentait pas de symptômes assez nets pour permettre de soupçonner l'existence d'une paralysie générale, et les certificats de la Préfecture et du bureau d'admission ne font mention que d'idées de persécution (le malade est toujours en butte aux microphones), d'idées ambitieuses, d'interprétations délirantes et d'un léger affaiblissement intellectuel ; mais on ne signale ni troubles pupillaires, ni troubles de la prononciation. En revanche, ces derniers symptômes existaient manifestement trois mois plus tard, au commencement de novembre 1895.

C'est en 1877, raconte le malade, qu'on a commencé à le poursuivre par des « incitations microphoniques ». Les voix autrefois injurieuses et accusatrices, lui faisaient dans ces derniers temps des discours sur tous les sujets qui lui sont familiers : la science, la politique, la littérature, l'économie, la religion, etc.

Les voix entendues étaient au nombre de deux : c'étaient celles de deux jeunes prêtres dont l'un se nommait Robin, comme il l'a appris au cours des conversations qu'il entendait.

Le malade a une certaine conscience, quoique fort incomplète, de son état de santé. Il sait qu'il est dans un endroit où l'on soigne les malades ; mais la mémoire est diminuée et il y a un affaiblissement évident et notable de l'intelligence.

Le malade nous dit avoir eu deux blennorrhagies ; mais il nie énergiquement avoir eu la syphilis. Il nie également avoir fait des excès alcooliques. Enfin il nous affirme que son père est mort d'une attaque d'apoplexie, tandis que le dernier certificat d'entrée indique qu'il se serait suicidé. Nous n'avons pu vérifier ces renseignements.

Au commencement de novembre 1895, on note la disparition à peu près complète des hallucinations de l'ouïe, ainsi que des idées de persécution ; mais le malade est satisfait de tout ce qui arrive et a des idées

absurdes de grandeur. Il est d'une force physique surprenante, il a publié des brochures, des romans, des livres, etc., il a une très grande réputation comme littérateur, il a « un dossier superbe ».

A cette époque, on note pour la première fois une ouverture un peu plus grande de la pupille droite, et un très léger embarras de la parole. On ne constate pas de tremblement de la langue; mais parfois, au milieu de l'articulation des mots, on observe un peu de tremblement fibrillaire de la lèvre supérieure.

Les réflexes patellaires sont plutôt un peu exagérés.

La sensibilité cutanée, examinée avec soin pour le tact, la douleur et la température, paraît tout à fait normale; mais le pincement du cubital ne provoque aucune sensation pénible ni à droite, ni à gauche.

L'examen des yeux, fait par le Dr Sauvinau le 18 novembre 1895, donne les résultats suivants : La pupille gauche présente un diamètre moyen, la droite est un peu plus grande. Le réflexe accommodateur est énergique des deux côtés; mais le réflexe lumineux est presque complètement aboli de chaque côté. Le fond de l'œil paraît normal. L'acuité visuelle et l'accommodation sont normales.

L'état du malade resta alors plusieurs mois sans changement notable, et c'est, pour ainsi dire, par hasard qu'au mois de mars 1896, en voulant montrer l'intégrité de la sensibilité cutanée, on constata bien une conservation des sensibilités tactile et thermique, mais aussi une abolition complète de la sensibilité de la peau à la douleur. On pouvait pincer, piquer fortement la peau sans que le malade se plaignît ou témoignât de la douleur de quelque façon que ce fût; et, phénomène assez curieux, malade qui distinguait nettement les différences de température et qui les accusait avec précision, supportait sans se plaindre le contact du fer rouge.

On constate en même temps une anesthésie épigastrique profonde. On peut frapper très fortement le malade au niveau de l'épigastre sans provoquer aucune sensation désagréable.

De même on peut presser fortement les testicules du malade sans qu'il ressente aucune douleur.

Et en même temps on note l'intégrité de l'acuité visuelle, de l'audition, de l'olfaction et du goût. Il n'y a pas d'anesthésie pharyngée, ni laryngée. Il n'y a pas d'anesthésie trachéale profonde.

Les réflexes patellaires sont très exagérés et chaque coup frappé sur le tendon rotulien donne lieu à plusieurs secousses. Le redressement de la pointe du pied donne lieu à de la trépidation épileptoïde.

Les réflexes tendineux du poignet et du coude, ainsi que le réflexe massétérin, sont également exagérés.

En revanche, l'excitation cutanée de la plante du pied reste presque sans effet.

Le réflexe pharyngien est bien conservé, ainsi que le réflexe cornéen et palpébral. L'inégalité pupillaire est des plus manifestes et le réflexe lumineux complètement aboli.

Les troubles de la parole sont des plus manifestes, soit dans la conversation, soit pour les mots d'épreuve, soit pendant la lecture.

La parole est du reste tremblée, et il y a maintenant un tremblement manifeste de la langue, des lèvres et des muscles péri-buccaux.

Il y a également du tremblement de la main et des doigts.

L'écriture est très lisible, assez régulière, un peu grosse, se rapprochant de l'écriture d'un enfant.

Le calcul est correct pour les petites opérations d'addition ou de soustraction, il devient difficile pour la multiplication et tout à fait impossible pour la division.

La mémoire des faits récents est très affaiblie.

Le malade a bien conservé le souvenir de ses idées de persécution; mais aujourd'hui, dit-il, il n'a plus d'autres ennemis que les surveillants qui l'empêchent de sortir. Les hallucinations de l'ouïe n'existent plus depuis près d'une année.

La satisfaction du malade est manifeste, il ne proteste guère contre son internement, demain il aura une grosse fortune. X... n'a plus du tout conscience qu'il est malade, au contraire, il se porte à merveille et a une très grande force, de même il est très intelligent et capable de faire les choses les plus remarquables.

Au mois de décembre 1896, il se produisit de très grandes modifications, troubles psychiques et sensitifs. C'est ainsi que X... qui avait toujours mangé volontiers refusa pendant quelques jours les aliments qu'on lui présentait, sous prétexte qu'il n'avait plus d'estomac, et ajoutait en outre qu'il ne voulait pas être empoisonné. Le malade qui, depuis 17 mois, s'est toujours montré gai, expansif, confiant, satisfait, est devenu triste et méfiant. Il n'a plus d'idées de grandeur et quand on lui rappelle ses relations avec les princes, la grande fortune qu'il possédait, etc., il répond que tout cela est faux et n'a jamais existé.

Mais, phénomène curieux, chez ce malade qui nous dit ne plus vouloir manger « parce qu'il n'a plus d'estomac », on constate le retour de la sensibilité superficielle et profonde de la région épigastrique. Non seulement cette sensibilité n'est plus émoussée, mais elle paraît plutôt exagérée et il suffit d'un coup léger ou d'une pression peu énergique sur la région épigastrique pour déterminer une sensation pénible ou même douloureuse. De même on constate la réapparition de la sensibilité des testicules à la pression.

Puis survinrent alors des troubles très marqués du goût et de l'odorat. Les aliments sentent mauvais, ils ont un goût de putréfaction. Le malade se dit empoisonné, ses moustaches ont été empoisonnées par de la mauvaise parfumerie, il faut pour le désinfecter le plonger dans de la chaux vive et lui faire respirer du chlore.

Au commencement de l'année 1897, tous les troubles délirants ou sensoriels disparurent et l'on se trouva en présence d'un malade affaibli physiquement, amaigri, mais ne présentant plus de troubles notables de la sensibilité. On ne notait plus de délire, plus d'hallucinations; mais on constatait un affaiblissement considérable de la mémoire et de l'intelligence.

Les troubles pupillaires étaient les mêmes; mais il y avait une aggravation très accusée des troubles de la prononciation.

C'est dans ces conditions que X... fut atteint, au mois de mai, d'un érysipèle de la face auquel il succomba.

A l'autopsie on ne constate aucune lésion du crâne.

La pie-mère est épaissie sur toute la surface externe du cerveau. Elle a une teinte blanchâtre, plus marquée le long des grands sillons, mais diffusant sur toute la surface convexe des hémisphères.

La décortication des circonvolutions frontales ne peut se faire, quelque soin qu'on y mette, sans entraîner de véritables lambeaux de substance grise adhérant à la face interne de la pie-mère. Il en est ainsi sur tout le lobe frontal, sur le lobe temporal, ainsi qu'au niveau des lobes orbitaires, et à la partie antérieure de la face interne de l'hémisphère cérébral.

Les adhérences n'existent pas ou à peine, au niveau du lobe occipital et de la plus grande partie du lobe pariétal.

Examen histologique. — Les lésions des méninges et de l'écorce cérébrale sont généralisées, mais beaucoup plus prononcées au niveau du lobe frontal et dans les circonvolutions qui avoisinent le sillon de Rolando.

La pie-mère notablement épaissie est surtout beaucoup plus dense qu'à l'état normal. Elle est formée par un lacis serré de fascicules fibrillaires. Dans les mailles du réseau ainsi formé se trouvent un assez grand nombre de cellules rondes, surtout abondantes au voisinage des vaisseaux auxquels leurs amas forment des gaines. Les parois des vaisseaux sont épaissies, mais cet épaississement se fait surtout aux dépens des tuniques externes, leur cavité est large et remplie de sang. Dans la couche profonde de la pie-mère, au voisinage de la substance cérébrale, la disposition fasciculée disparaît et fait place à un feutrage très serré de fines fibrilles qui, sur nombre de points, pénètrent dans l'écorce et déterminent l'adhérence de la séreuse à la substance cérébrale. Dans cette couche les petits vaisseaux à parois épaissies sont nombreux, ils passent de la méninge dans l'écorce, et c'est principalement à leur pourtour que s'établissent les adhérences.

Dans les circonvolutions, la masse blanche centrale est pourvue de fibres à myéline nombreuses se colorant d'une façon intense par l'hématoxyline de Weiggert. Les expansions de la masse blanche centrale sont moins fournies qu'à l'état normal et le quadrillage qui résulte de leur croisement avec les fibres transversales est moins marqué que d'habitude. Cette raréfaction des fibres blanches s'accuse de plus en plus, à mesure qu'on s'avance vers la surface, et les fibres tangentielles font à peu près complètement défaut.

Les cellules nerveuses sont aussi nombreuses qu'à l'état normal, leur forme n'est pas modifiée, leurs dimensions sont peut-être un peu réduites et leurs prolongements ne peuvent être suivis au loin. Toutes les variétés de cellules sont présentes et les pyramidales géantes forment dans les circonvolutions motrices des amas assez nombreux et bien fournis. On doit noter cependant le gros volume de l'amas pigmentaire dans la plupart des cellules, et la diminution de nombre des grains chromatiques dans les pyramidales grandes et géantes.

Le tissu interstitiel n'a pas augmenté de quantité dans la masse blanche, tout au moins en ce qui concerne les fibrilles, mais cette masse est parsemée d'un nombre tout à fait anormal de cellules rondes, surtout abondantes autour des vaisseaux.

Les fibrilles sont au contraire très nombreuses dans la substance

grise et dans la couche superficielle elles forment un feutrage très serré, mélangé à une notable quantité de cellules névrogliales, de la variété dite cellules araignées.

Sur beaucoup de points, la surface de la circonvolution est irrégulière; l'écorce décrit des festons qui s'unissent intimement à la face profonde de la pie-mère.

Les vaisseaux sont nombreux et volumineux, leurs parois épaissies, leur cavité rétrécie. Tous sont richement nucléés et entourés par un manchon de cellules rondes. Ces modifications vasculaires sont beaucoup plus marquées dans la substance grise que dans la substance blanche.

Moelle épinière. — Sur toute la hauteur de la moelle on constate de l'épaississement de la pie-mère et des tractus arachnoïdiens en contact immédiat avec cette membrane, de même qu'une infiltration modérée de cellules rondes dans les intervalles des faisceaux arachnoïdiens aussi bien qu'autour des vaisseaux situés à la surface de la pie-mère. La moelle elle-même est indemne, aussi bien dans sa substance blanche que dans sa substance grise, et en particulier les faisceaux postérieurs sont aussi richement pourvus de fibres à myéline que dans une moelle normale. Les racines antérieures et postérieures sont saines.

Les renseignements cliniques et anatomiques qui précèdent permettent de classer avec certitude cette observation. Il s'agit d'un cas de paralysie générale progressive, comme le prouvent les troubles somatiques (inégalité pupillaire, tremblement des lèvres, troubles de la parole), les troubles psychiques (affaiblissement progressif de la mémoire et de l'intelligence, délire ambitieux, démence terminale), les lésions anatomiques (méningo-encéphalite prédominante au niveau des lobes frontaux, principalement caractérisée par l'adhérence de la pie-mère à l'écorce et sclérose de la couche superficielle de cette dernière, avec disparition des fibres blanches tangentiels, etc.).

Deux particularités nous paraissent mériter de fixer plus spécialement l'attention :

On a pu voir que longtemps avant l'apparition des accidents qui ont abouti à la terminaison fatale et se sont déroulés sans interruption de façon à reproduire le tableau classique de la démence paralytique, il s'était produit des troubles intellectuels caractérisés par du délire de persécution.

Il y a donc eu chez le malade deux actes morbides séparés l'un de l'autre par un très long intervalle; or, on peut concevoir le lien existant entre ces deux actes de deux façons très différentes, on peut envisager les deux phases morbides comme deux phases de la même maladie, de la paralysie générale, séparées l'une de l'autre par une rémission d'une durée exceptionnelle; mais on peut aussi penser que

les deux actes morbides sont de nature absolument différente, le dernier relevant seul de la méningo-encéphalite diffuse. C'est à cette dernière opinion que nous nous rattacherions le plus volontiers, parce que la durée de la rémission dépasse ici de beaucoup les limites de celles qui s'observent d'habitude dans la paralysie générale, mais aussi et surtout parce que la forme des troubles psychiques qui ont caractérisé la première phase n'est pas celle qui se rencontre dans cette affection. On aurait ainsi un nouveau fait en faveur de l'opinion soutenue par l'un de nous au congrès d'Angers, d'après laquelle l'intégrité intellectuelle antérieure n'est pas la condition nécessaire du développement de la paralysie générale, celle-ci pouvant survenir et chez des dégénérés et chez des malades atteints antérieurement de psychoses diverses.

Le second point sur lequel il convient d'appeler l'attention a trait à l'analgésie viscérale présentée par le malade. On a vu qu'on pouvait frapper violemment l'épigastre ou comprimer fortement les testicules sans provoquer par ces manœuvres de sensation pénible. Ce symptôme a surtout été étudié, dans le tabes et la paralysie générale, etc., par M. Pitres et ses élèves; on l'a rencontré également dans la sclérose en plaques. Enfin, comme la plupart des autres troubles nerveux, il peut survenir au cours des névroses et en particulier de l'hystérie.

Dans notre cas, cette dernière affection peut être mise hors de cause, les stigmates de la grande névrose ayant fait absolument défaut. Notre fait appartient donc à la première catégorie, celle dans laquelle l'analgésie viscérale se rencontre au cours d'une affection comportant des lésions manifestes et durables du système nerveux. Étant donnée la constance de ces lésions au niveau des cordons postérieurs de la moelle et des racines postérieures quand il s'agit du tabes, la grande fréquence de cette localisation, quand il s'agit de la paralysie générale ou de la sclérose en plaques, il pourrait sembler naturel de rattacher l'analgésie viscérale à la destruction de l'une ou de l'autre de ces parties. Notre fait montre que cette destruction n'est pas nécessaire.

Puisque nous avons constaté l'intégrité complète des fibres nerveuses dans les cordons postérieurs ainsi que dans les racines postérieures, et comme le symptôme a été transitoire, il faut bien admettre que, s'il a été sous la dépendance d'une lésion, il ne saurait s'agir que d'une lésion susceptible de rétrocéder telle que celles qui se produisent sous l'influence d'un trouble vaso-moteur, de la congestion, de la diapédèse de globules blancs, etc., lésion n'influençant pas d'une façon rapide et grave la vitalité des éléments nerveux.

Il va sans dire que notre observation ne peut en rien nous renseigner sur le siège précis où se seraient effectuées ces modifications anatomiques.

Il est très regrettable que les conditions sous lesquelles l'autopsie a été permise nous aient empêchés d'examiner les nerfs périphériques et surtout le sympathique; tout ce qu'il est possible de dire, c'est que, étant donné l'état des racines, il est à présumer que cet examen ne nous aurait rien révélé d'anormal du côté du plexus solaire.

Malgré ces lacunes, le fait nous a paru intéressant, comme présentant un exemple bien net d'analgésie viscérale transitoire, indépendante de l'hystérie, développée au cours d'une paralysie générale, affection caractérisée par des lésions organiques du système nerveux.

Du reste, MM. Sabrazès et Bitot ont déjà signalé, au cours du tabes, le retour de la sensibilité dans des organes où ils avaient constaté auparavant l'anesthésie complète.

DISCUSSION

M. LALANNE. — J'ai vu un malade semblable à celui dont vient de nous parler M. Joffroy; mais il avait contracté la syphilis dans l'intervalle de l'accès de délire et de l'invasion de la paralysie générale. Dix années avaient séparé les deux affections.

M. JOFFROY. — Notre malade a toujours nié la syphilis.

SUR L'ORIGINE ONIRIQUE DE CERTAINS DÉLIRES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE par MM. RÉGIS et LALANNE

La pathogénie du délire dans la paralysie générale reste encore obscure malgré les quelques essais d'explication formulés. Qu'on rapporte, en effet, l'origine et la forme de ce délire à la localisation des lésions corticales, à l'état des centres psycho-moteurs (Cotard) ou à la perte de la faculté de comparer (Lalande), on ne saurait, de la sorte, expliquer rationnellement tous les cas.

Il est donc intéressant de signaler les faits dans lesquels le mécanisme pathogénique du délire a pu être pris sur le vif; c'est à ce titre que nous croyons devoir rapporter les suivants :

Chez quatre malades atteints de paralysie générale que nous avons

récemment observés, nous avons très nettement constaté que les idées délirantes — il s'agissait chaque fois de délire des grandeurs — avaient leur source dans le rêve.

A première vue, ces idées délirantes ne différaient en rien de celles que l'on rencontre habituellement : c'étaient dans tous les cas des conceptions vaniteuses absurdes, incohérentes, contradictoires, roulant sur des millions, des milliards, des bijoux, des pierreries, de beaux équipages, des titres de généraux, d'amiraux, de président de république, de ministres de Jésus-Christ, etc., etc. Mais en demandant aux malades comment ils avaient eu connaissance des titres et des richesses dont ils se disaient possesseurs, ils répondaient : « Je l'ai rêvé ».

Tous avaient donc conscience que cette notion leur était venue en rêve ; mais, tandis que chez deux le délire ainsi créé se montrait essentiellement transitoire, le malade abandonnant rapidement ce qu'il comprenait n'être qu'une fiction du sommeil, chez les deux autres, le délire persista beaucoup plus longtemps, accepté comme une réalité malgré son origine onirique reconnue et donna lieu à des attitudes et à des actes correspondant à la nature des conceptions. Citons très sommairement les faits :

Les deux malades de la première catégorie étaient un homme et une femme. L'homme, clerc d'avoué, âgé de 55 ans, atteint à ce moment d'une paralysie générale sans délire au début, qui, depuis, a suivi son évolution classique, revenait un jour d'un concours de musique. En quittant la gare, fatigué du voyage et accablé de chaleur, il tomba dans une sorte d'automatisme au cours duquel il se mit d'abord à errer au hasard, puis finit par entrer dans un wagon abandonné où il s'endormit profondément. Ce n'est que le lendemain et après maintes recherches qu'on l'y découvrit.

Au sortir de ce sommeil, il était excité et en plein délire des grandeurs : il parlait de milliards, était docteur en droit, docteur en médecine, professeur à la faculté, voulait remplacer par des diamants tous les clous de sa maison, etc., etc. Ce délire dura deux ou trois jours, puis il cessa complètement, le malade reconnaissant lui-même que c'était la suite de son rêve.

La dame, mariée, âgée de 46 ans, était également atteinte d'une paralysie générale typique déjà avancée, avec affaiblissement mental assez profond mais sans délire et conservant encore comme une sorte de tenue, de lucidité, de justesse dans les réponses. Un jour, on vint nous prévenir que la malade était excitée et délirait depuis le matin, ne parlant que de richesses et de grandeurs. Nous nous rendîmes

auprès d'elle dans l'après-midi; elle était déjà redevenue raisonnable et comprenait qu'elle avait déliré. Elle nous expliqua que la nuit précédente, peut-être sous l'influence du chloral auquel elle avait toujours été très sensible, elle avait rêvé qu'elle se promenait dans une voiture au Prado avec la reine d'Espagne qui lui passait au cou un magnifique collier de perles, etc., etc..., et que l'effet de ce rêve s'était prolongé chez elle une partie de la journée. Elle répéta cette explication devant notre collègue, M. Pitres, qui la vit en consultation avec nous et confirma le diagnostic non douteux de paralysie générale.

Les deux malades de la seconde catégorie sont tous deux des hommes. Chez le premier, ancien tabétique devenu paralytique général, le délire des grandeurs, absolument caractéristique et s'accompagnant d'excitation impulsive parfois très violente, dura un mois. Au bout de ce temps il disparut et le malade l'expliqua spontanément en disant qu'il avait rêvé. Depuis cette époque le même délire s'est reproduit à diverses reprises dans des conditions identiques.

Le dernier malade, âgé de 55 ans et atteint d'une paralysie générale typique déjà avancée, puise tous les jours son délire dans les rêves de la nuit. Il arrive d'un pays lointain; il est amiral, général, grand-croix de la Légion d'honneur, Président de la République, ministre de la Marine, président du Conseil, et se montre rayonnant de joie. D'autres fois il paraît navré, et pleure: c'est que son fils, réellement décédé à 4 mois et enterré depuis 18 ans, est mort de faim; mais il n'est pas mort, il a grandi dans son cercueil parce qu'il y avait de l'air; il va le ressusciter aujourd'hui et lui donner du bouillon; il va aussi ressusciter son beau-père, sa belle-mère et les personnes qu'il a connues. Tout cela, le malade déclare lui-même l'avoir rêvé et, chose curieuse, il donne ses rêves pour une preuve de la réalité de ses conceptions. Sa conviction à cet égard est même tellement forte, qu'il passe facilement de l'idée aux actes: c'est ainsi qu'ayant rêvé qu'il livrait un combat au pôle nord et au pôle sud, en qualité d'amiral, il se mit à bombarder tout le monde à coups de cailloux, croyant lancer des boulets.

L'origine onirique du délire dans les cas qui précèdent est manifeste. Nous croyons que ce n'est pas là une exception et qu'il doit en être fréquemment ainsi dans la paralysie générale. C'est un point à élucider d'une façon plus complète.

Pour l'instant, nous nous bornerons à faire remarquer que l'existence du délire onirique dans la paralysie générale semblerait y impliquer, même en l'absence de tout alcoolisme antérieur, un état d'in-

toxication, si l'on admet, comme s'est efforcé de le démontrer l'un de nous, que ce délire est caractéristique des états toxiques¹.

Toutefois nous devons noter que le délire onirique dans la paralysie générale, tel qu'il résulte au moins de nos quelques observations, n'a pas tout à fait les mêmes caractères que dans les intoxications aiguës. Il est moins hallucinatoire, moins suivi, moins vivant, moins intimement lié à la personnalité du sujet; soit que le processus toxique n'ait pas une intensité suffisante, soit plutôt que la dissociation psychique qui fait le fond de la maladie ne permette plus la formation et l'incorporation complètes des ébauches de synthèses mentales créées en rêve. Il en serait donc dans la démence paralytique comme dans les autres états d'affaiblissement intellectuel très favorables, ainsi que le remarque justement de Krafft-Ebing, à la production du délire sous l'influence du rêve. C'est ce que l'un de nous a confirmé en étudiant, il y a quelques années, le délire du rêve chez le vieillard².

DES FRACTURES SPONTANÉES DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

par M. LALANNE

La possibilité de fractures dites spontanées, c'est-à-dire survenant sous l'influence d'une cause légère et hors de proportion avec l'accident produit, ne fait aucun doute dans la plupart des maladies du système nerveux (ataxie locomotrice, arrêts de développement des centres nerveux, atrophie musculaire progressive, sclérose en plaques, paraplégies, syringomyélie, à la suite d'hémiplégies, etc.); il y aurait donc plutôt lieu d'être surpris de leur rareté dans la paralysie générale qui amène dans l'organisme des troubles si variés et si profonds. Cependant nous avons vu M. Christian déclarer au Congrès d'Anvers (1885) qu'il ne croit pas à l'existence *d'une altération du système osseux survenant par le fait de la paralysie générale et se traduisant par une tendance plus grande aux fractures*. Quoique, en 1885, l'histoire des fractures spontanées fût déjà longue, les documents principalement tirés des auteurs anglais et allemands qui traitaient de la question chez les aliénés en général manquaient de précision, de sorte que

1. E. RÉGIS. Les délires d'auto-intoxication (Travaux divers, 1894-1900).

2. E. RÉGIS. Le délire de rêve chez le vieillard (Congrès des Aliénistes et Neurologistes français, Bordeaux, 1895).

toutes les discussions roulaient sur le cas de Biaute, décrit avec tout le développement désirable mais qui avait le tort d'être isolé. M. Christian pouvait donc conclure que si l'on rencontre la fragilité des os dans la paralysie générale, c'était un phénomène purement accidentel, qui tenait à des causes tout à fait étrangères.

Ayant eu l'occasion d'observer quelques cas de fractures spontanées chez des paralytiques généraux, j'ai pris à tâche, en cette circonstance, de réunir en un faisceau tous les cas semblables épars çà et là dans la littérature pathologique, et après une telle accumulation de preuves le doute ne me semble plus permis. Le nombre des exemples s'en accroît même certainement encore s'il nous était permis de faire des recherches plus nombreuses parmi les paralytiques généraux à la lueur des rayons de Röntgen. Mon intention étant de développer ce sujet dans un travail plus étendu, je ne puis que résumer brièvement ici les faits sur lesquels j'ai dû asseoir ma conviction; ils ont été observés chez des malades entrés dans la maison de santé de Castel d'Andorte ou parmi ceux qui se sont présentés à la clinique psychiatrique de la Faculté de médecine de Bordeaux, et que je dois à l'obligeance de mon maître, M. le D^r Régis.

L'un d'eux, un homme de 45 ans, avait contracté la syphilis à l'âge de 29 ans. 6 ou 7 ans avant son admission, il avait présenté les premiers symptômes de sa paralysie générale. 8 mois avant son entrée dans la maison de santé, sous l'influence d'un traumatisme léger, le malade s'était fait une fracture de l'humérus gauche, au niveau du col chirurgical. Cette fracture a radicalement guéri après trois semaines sans déformation du membre, sans cal vicieux, si parfaitement en un mot, qu'il est impossible d'en découvrir la moindre trace. Il est intéressant de noter aussi que ce malade présentait en outre de la dystrophie et de la chute spontanée des ongles¹.

Chez un autre malade qui provient de la clinique psychiatrique de la Faculté et que notre collègue M. Régis a présenté à la Société de médecine de Bordeaux comme paralytique juvénile, nous trouvons un sujet qui a pu faire son service militaire en pleine évolution de paralysie générale et qui, au cours d'un exercice, se fit une fracture du fémur gauche au tiers supérieur, dont il guérit parfaitement. La radiographie faite ultérieurement montre un cal absolument remarquable par sa régularité et sa perfection. Le malade était un hérédo-syphilitique qui avait été traité dans son enfance pour des manifesta-

1. Ce cas a déjà été signalé en passant dans un mémoire de M. le D^r Régis : « Un cas de dystrophie et de chute spontanée des ongles dans la paralysie générale. »

tions de syphilis. Disons aussi, sans y insister, que ce malade présenta en plus deux hernies musculaires des cavaliers.

Dans un troisième cas, il s'agit d'un malade âgé de 56 ans, qui avait contracté la syphilis 10 ans auparavant, entré dans la maison de santé en novembre 1896.

D'abord, dans un accès de délire nocturne, le malade frappant sur les parois de sa chambre avec le poing se détermine une luxation de la deuxième phalange du petit doigt de la main droite sur la troisième, ainsi que permet de le constater un examen radioscopique. Comme on peut le voir, cette luxation n'a pas été réduite et l'attitude vicieuse a persisté.

Une autre fois, le malade, pris d'un vertige, tombe sur la face et se fracture les os du nez.

Enfin, dans une autre circonstance, le malade jouant avec un autre pensionnaire était accroupi auprès de ce dernier; se relevant brusquement et fuyant de côté, il se fait une fracture bimalléolaire de la jambe droite. Ainsi que le montre la radiographie, la fracture a parfaitement guéri; mais, tandis que du côté de la malléole externe, il ne reste presque plus trace apparente de la fracture, du côté de la malléole interne, le fragment tibial sans cesse attiré par le ligament latéral interne, ne s'est pas ressoudé et il y a eu probablement formation d'un cal fibreux.

Enfin, la dernière observation est celle d'un officier supérieur de l'armée, âgé de 55 ans, entré dans la maison de santé au mois de mai et qui, jusqu'à ce moment-là, put rester en pleine activité de service. Ce malade est atteint de la paralysie générale la mieux caractérisée, tant par ses symptômes psychiques que par ses symptômes somatiques. J'appris que 2 ans auparavant, dans un accès de toux, le malade s'était fracturé une côte. Cette fracture qui ne fut diagnostiquée que quelques jours après l'accident, nécessita l'application d'un bandage et la guérison fut parfaite. Deux ans plus tard se manifestèrent les premiers symptômes de la paralysie générale qui aujourd'hui est en pleine évolution.

Ainsi donc, l'observation clinique et l'examen radiographique nous ont montré l'existence de fractures dites spontanées dans la paralysie générale et nous sommes autorisé à penser que ces accidents sont beaucoup plus fréquents qu'on ne l'admet en général. Dans les 4 cas que nous avons rapportés, 5 fois les fractures siégeaient sur les os des membres, ceux-ci étant les plus exposés dans les chutes et dans le seul cas où la fracture siégeait à une côte, toute idée de traumatisme dû à la brutalité des gardiens devait être écartée, puisque le malade

qui occupait brillamment son grade dans l'armée ne devenait paralytique général que deux ans plus tard.

Nous savons que le tabes est une des affections du système nerveux qui prédispose le plus aux fractures pathologiques. Dans ces dernières années, quelques cas de fracture ont été signalés à la période pré-tabétique. Fournier, dans ses cliniques, en cite 1 cas; Touche¹ en rapporte un deuxième; enfin, il y a quelques jours, notre collègue de la Société de Médecine de Bordeaux, M. le Dr Hassler, nous en rapportait un cas analogue². Il nous est impossible de ne pas établir un certain parallélisme entre ces derniers cas et un de ceux que nous avons cités, celui dans lequel la fracture s'est produite deux ans avant toute manifestation de la paralysie générale. Disons aussi, pour prévenir toute objection, que, dans notre cas, la méningo-encéphalite est pure de toute association tabétique.

Nous pouvons donc conclure que, de même que dans le tabes, la fracture spontanée a pu se montrer comme premier symptôme à la période pré-tabétique, de même elle peut exister à la période pré-paralytique comme première et unique manifestation de la paralysie générale. Je ne sache pas que ce fait ait encore jamais été signalé.

En terminant, je ne dois pas oublier que je dois d'avoir pu pousser aussi loin l'examen des cas de fractures spontanées aux précieux concours des rayons de Röntgen. Je dois donc adresser des remerciements tout particuliers à mon savant maître, M. le professeur Bergonier, qui a bien voulu faire exécuter les épreuves que j'ai l'honneur de vous soumettre, dans son service radiographique de la Faculté de Médecine de Bordeaux.

DISCUSSION

M. RÉGIS insiste sur le caractère démonstratif du cas présenté par M. Lalanne et en cite un autre très analogue.

La séance est levée à midi.

1. TOUCHE. Tabes datant de vingt ans, début par fracture spontanée des deux fémurs. *Soc. méd. des Hôpitaux*, 15 décembre 1899.

2. HASSLER. Fracture, spontanée et non douloureuse, double du fémur comme première manifestation appréciable du tabes. Communication faite à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, dans sa séance du 2 mars 1900. *Journal de Médecine de Bordeaux*, 8 juillet 1900.

SAMEDI 4 AOUT*Séance du soir.*Présidence de **M. TOKARSKY.**

SOMMAIRE. — Nouvelle contribution à l'étude de la microcéphalie et, en particulier, au traitement médico-pédagogique des idiots microcéphales (avec présentation de malades), par M. BOURNEVILLE. — Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux, par M. FR.-L. ARNAUD. — Le dormiol, hypnotique puissant, non toxique, par M. ERICH KOCH. — Présentation d'un hémisphère cérébral en trente-sept coupes, monté pour la démonstration et la description clinique dans les autopsies des malades du cerveau, par M. HUGHES. — Présentation d'un esthésiomètre perfectionné en platine, avec les pointes de distance de Weber, etc., gravées en décimales et à l'échelle anglaise, par M. HUGHES. — Un cas d'empoisonnement par la strychnine par erreur d'un pharmacien. Manifestations physiques et psychiques consécutives à cet empoisonnement, par M. TERRIEN. — Du phénomène de la striation transversale des ongles et de l'activité de régénération du tissu corné chez les aliénés, par M. MARCO TREVES. Discussion : M. RÉGIS. — Sur la physionomie et la progression de certaines lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies cérébrales, par M. MAURICE FAURE. Discussion : MM. RÉGIS, TOULOUSE, MAURICE FAURE.

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

**NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MICROCÉPHALIE
ET, EN PARTICULIER, AU TRAITEMENT MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DES IDIOTS
MICROCÉPHALES — PRÉSENTATION DE MALADES**

par **M. BOURNEVILLE,**

Médecin de Bicêtre.

Dans des publications antérieures nous avons exposé un certain nombre de points de l'histoire anatomo-pathologique des idiots microcéphales. Au *Congrès international de médecine mentale* de 1889 et au *Congrès des aliénistes et des neurologistes* de Clermont-Ferrand, en 1894, à l'appui de nos communications, comme pièces démonstratives, nous avons fait passer sous les yeux de nos collègues les portraits de nos malades, les crânes, les photographies des cerveaux et les cerveaux eux-mêmes. De plus, au Congrès de 1889, nous avons présenté plusieurs malades qui étaient en traitement depuis quelque temps,

Laissant de côté aujourd'hui tout ce qui a trait à l'anatomie pathologique, nous allons vous montrer huit microcéphales, 7 garçons et une fille, y compris trois des malades de 1889. (Obs. I, II et VI.)

Obs. I. — IDIOTIE PROFONDE.

SOMMAIRE — *Père alcoolique. — Oncle paternel alcoolique et paralytique général. — Deux frères morts de convulsions. — Emotion au 6^e mois de la grossesse. — Marche à 11 mois. — Convulsions à 1 an. — Parole vers 2 ans. — Accès d'épilepsie. — Gâtisme intermittent. — Microcéphalie très prononcée. — Prognathisme. — Alternatives de périodes d'excitation et de périodes de mélancolie; idées de suicide. — Instabilité mentale. — Perversion des instincts. — Éducabilité relative. — Amélioration notable.*

JAN... (Auguste-Prosper), né le 15 avril 1865, est entré dans le service le 12 mars 1877.

La photographie collective n° 1 le représente année par année depuis 1880 (14 ans) jusqu'à ce jour (57 ans). Bien qu'on ne se soit occupé de lui que tardivement et que, pendant des années, il ait eu des accès d'épilepsie, on est arrivé à le rendre propre, à lui apprendre à se laver, à se déshabiller, à s'habiller et à manger seul.

Depuis son passage aux adultes, en 1891, il s'est encore notablement amélioré. Voici sa dernière note, prise il y a quelques jours : « Jan... est occupé au marais depuis près de trois mois et s'y conduit bien; il travaille très convenablement et ses chefs en sont très satisfaits. Il n'est plus taciturne comme autrefois, ne se livre plus à l'onanisme. La physionomie s'est éveillée. Il a perdu l'habitude de manger des souris. Sa tenue est relativement bonne. On ne lui connaît qu'une passion, celle de beaucoup chiquer. En un mot, une grande amélioration s'est opérée chez ce malade¹. »

Obs. II. — IDIOTIE.

SOMMAIRE. — *Antécédents paternels négatifs. — Mère nerveuse. — Grand-père paternel, excès de boisson. — Grande-tante maternelle migraineuse. — Sœur de la mère morte de convulsions. — Enfant naturel : arrêt de développement et tête très petite à la naissance (microcéphalie très prononcée et prognathisme supérieur). Convulsions répétées à un an. — Fugues solitaires. Imitation des animaux. Kleptomanie. — Accès de colère; grimaces de la face. — Défaut de prononciation. — Echolalie. — Idiotie. — Amélioration notable sous l'influence du traitement.*

ARNO... (Gabriel), né le 20 mai 1876, est entré dans le service le 50 mars 1885. La photographie collective n° 2 le représente année par année depuis avril 1885 jusqu'à ce jour (24 ans).

À l'entrée Arno... avait une prononciation des plus défectueuse, l'écolage était nul; l'enfant était écholalique.

Actuellement, la prononciation, sans être parfaite, est presque normale. En classe, l'enfant a réalisé de réels progrès. Il fait très bien une

1. Voir son observation complète dans les procès-verbaux du *Congrès international* de 1889, p. 586, etc.

copie et connaît l'addition et la soustraction. C'est un bon ouvrier tailleur¹.

OBS. III. — IDIOTIE COMPLÈTE.

SOMMAIRE. — Père, quelques excès de boisson, rhumatisant. — Grand-père paternel tuberculeux, « plutôt bête que méchant ». — Grand-mère paternelle morte à 59 ans d'une fluxion de poitrine. — Grand-mère maternelle, inconduite au début de son mariage, tombée en enfance.

Mère un peu nerveuse. — Grand-père maternel mort d'une hypertrophie du cœur à 62 ans. — Oncle maternel, convulsions de l'enfance. — Gémellarité. — Consanguinité (Père et mère cousins germains). — Inégalité d'âge de 8 ans.

Conception rien de particulier. — Grossesse : émotion vive au 6^e mois avec tremblement durant un quart d'heure. — Accouchement à terme. — A la naissance tête toute petite — Première dent à 4 mois. — Dentition complète à 2 ans. — Parole et marche nulles. — Gâtisme. — Accès de colère. Tics. — Rougeole à 2 ans et demi. — 1889 : Coqueluche. — 1892 : Teigne. — 1900 : Oreillons. — Amélioration notable.

TABO... (Georges), né le 5 septembre 1884, est entré dans le service le 15 juillet 1887.

A l'entrée il ne prononçait aucun mot, ne mangeait pas seul, gâtait jour et nuit, ne savait ni s'habiller ni se déshabiller. Il avait la manie de balancer le tronc d'avant en arrière.

Actuellement, Tabo... a gagné, au point de vue de la parole, les principaux mots usuels. Il mange seul. Ne gâte ni jour ni nuit. A perdu son tic de se balancer. Il aide même l'infirmière aux besoins du ménage et ne s'acquitte pas trop maladroitement des petits travaux qu'on lui donne à faire; en résumé on note une amélioration assez considérable chez ce malade. — La photographie collective n° 5 le représente année par année depuis juillet 1887 (5 ans) jusqu'à ce jour (16 ans).

OBS. IV. — IDIOTIE COMPLÈTE.

SOMMAIRE. — Conception, grossesse, accouchement, rien de particulier. — Tête petite à la naissance. — Première dent à 5 mois. — Dentition complète à 22 mois. — Parole et marche nulles. — Gâtisme. — Jamais de convulsions. — A 14 mois crises consistant en mouvements de flexion et d'extension du tronc avec cris, durée un quart d'heure. — 1891 : Rougeole. — 1892 : Teigne. — 1895 : Oreillons. — 1896 : Scarlatine. — Amélioration notable.

TABOU... (Maurice), né le 17 février 1888, est entré dans le service le 18 mars 1890.

A son entrée, l'enfant ne prononçait aucun mot, ne marchait pas, ne mangeait pas seul, était gâteux, en un mot était atteint d'idiotie complète. Aujourd'hui l'enfant prononce beaucoup de mots usuels, marche seul, se sert de la cuiller et de la fourchette, s'habille et se déshabille seul, ne gâte plus, exécute les premiers mouvements de la gymnastique et commence à tracer des bâtons sur l'ardoise. Comme on le voit, une amélioration notable s'est opérée chez Maurice Tabo...

La photographie collective n° 4 le représente, d'année en année, depuis mars 1890 (2 ans) jusqu'à ce jour (12 ans).

1. Voir son observation complète dans les procès-verbaux du Congrès international de 1889, p. 597.

OBS. V. — IDIOTIE MICROCÉPHALIQUE

SOMMAIRE. — Père, nombreux excès de boisson. — Caractère emporté. — Grand-père paternel mort d'hémorragie cérébrale. — Grand oncle maternel, nombreux excès de boisson.
 Mère, peu intelligente. — Grand-mère maternelle morte à l'asile de Vacluse de démence sénile. — Grand-tante paternelle morte folle dans un asile d'aliénés en Belgique. — Deux tantes et un oncle maternels morts de convulsions en bas âge. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 12 ans.
 Une sœur morte à 2 ans de la rougeole. — Une fausse-couche à 6 semaines. — Conception avouée dans l'ivresse. — Grossesse accidentée : 1° par un effort au 4^e mois ; 2° par la peur d'avoir une fausse-couche ; 3° par les excès de boisson du mari. — Accouchement 15 jours avant terme, naturel.
 Première dent à un an. — Marche à 14 mois. — Début de la parole, limitée à quelques mots, à deux ans. — Jamais de convulsions. — Onanisme. — Gâtisme intermittent. Echolalie. — Amélioration notable.

Laur... (Marcel), né le 15 janvier 1890, est entré le 11 août 1895.

A son entrée il ne prononçait que quelques mots, mal articulés. Il ne savait pas se servir de la fourchette et du couteau. Ne s'habillait pas seul. Ne savait pas se donner les soins de propreté ; était gâteux et écholalique. L'attention était très difficile à fixer.

Actuellement Laur... mange en se servant des trois objets ; il s'habille et se déshabille seul. Il sait se donner tous les soins de propreté. Il n'est plus ni gâteux ni écholalique. Enfin l'attention, plus soutenue, a permis de lui apprendre à écrire les chiffres, les lettres. Il a fait des progrès pour la lecture, au moyen des lettres en bois. La parole, presque nulle à l'entrée, a beaucoup gagné : Laur... emploie les pronoms et les verbes à propos et forme des phrases qui souvent étonnent par les expressions qui y sont contenues et les idées qu'elles expriment. L'amélioration, très notable chez cet enfant, est de toute évidence.

La photographie collective n° 5 représente Laur... d'année en année depuis 1895 (5 ans) jusqu'à ce jour (10 ans).

OBS. VI. — IDIOTIE COMPLÈTE.

SOMMAIRE. — Grand-père paternel alcoolique, mort d'une affection de l'estomac. — Arrière-grand-père et deux oncles paternels alcooliques. — Mère et grand-mère maternelles migraineuses. — Grand-tante et une tante maternelle migraineuses. — Grand-tante maternelle suicidée. — Arrière-grand-tante maternelle aliénée.
 Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 7 ans.
 Conception, grossesse, accouchement, rien de particulier. — Première dent à 6 mois. — Parole nulle. — Impossibilité de se tenir debout. — Affaiblissement des jambes prédominant à gauche. — Gâtisme. — Tournoiement de la tête. — Balancement du tronc. — Grincement de dents. — Jamais de convulsions. — Rougeole et coqueluche à 2 ans.

MAZI... (Henry), né le 2 juillet 1884, est entré dans le service le 3 décembre 1887.

La photographie collective (n° 6) représente l'enfant d'année en année depuis 1887 (5 ans 1/2) jusqu'à ce jour (16 ans) et met ses progrès bien en évidence, sans qu'il soit besoin d'insister longuement. Au début il était

incapable de se tenir debout, de fixer son attention, de prendre un objet. Il ne prononçait aucun mot; il était gâteux. On lui a appris à marcher, à être propre, à manger seul, à s'habiller, à se déshabiller, à se donner tous les soins de propreté (l'enfant est même devenu très coquet). Mazi... converse aujourd'hui comme un enfant ordinaire; il sait chanter. Il arrive à faire des copies; connaît l'addition et la soustraction; a des connaissances usuelles très étendues. A l'atelier des tailleurs où il a été placé, son patron en est très satisfait et enregistre des progrès constants¹.

OBS. VII. — IDIOTIE COMPLÈTE.

SOMMAIRE. — Père, chorée à 12 ans, mort d'albuminurie. — Grand-père paternel mort de ramollissement cérébral. — Grand-mère paternelle morte d'un cancer utérin; sujett à de violentes colères. — Grand-oncle paternel mort d'accidents cérébraux à l'asile de Dury. — Un autre grand-oncle paternel, excès de boisson. — Grand-tante paternelle, très coléreuse, morte d'accidents cérébraux. — Autre grand-tante paternelle morte d'un cancer de l'estomac. — Oncle paternel mort de la poitrine à 37 ans. — Autre oncle paternel, quelques excès de boisson. — Cousin au 2^e degré, strabisme. — Autre cousine paternelle morte d'un cancer utérin. — Mère, un peu nerveuse, parfois douleurs de tête.

Conception, grossesse, accouchement, rien de particulier. — A la naissance 900 grammes. — Diarrhée verte à un mois et un mois et demi. — Première dent à 1 an. — Dentition complète vers 2 ans. — Marche à 10 mois. — Gâteux à l'entrée. — Début de la parole à 3 ans, très imparfaite à l'entrée. — Jamais de convulsions.

CHAZ... (Louis), né le 15 juin 1891, est entré le 28 janvier 1898.

A l'entrée, il y a 2 ans, la parole était inintelligible. — Au réfectoire se servait de ses doigts, pour manger. Le gâtisme était presque continu. Il ne savait ni s'habiller ni se laver. Il cassait ses ongles contre les pierres; il n'avait aucune notion d'écolage. — Actuellement la parole s'est notablement améliorée. Il mange proprement en se servant des trois objets. Le gâtisme a disparu. Il s'habille, se débarbouille seul, ne casse plus ses ongles. Il écrit sur l'ardoise. Commence à lire les lettres.

La photographie collective n° 7 représente l'enfant d'année en année depuis son entrée 1898 (7 ans 1/2) jusqu'à ce jour (9 ans 1/2). L'amélioration, comme on peut s'en convaincre, est très notable.

OBS. VIII. — IDIOTIE COMPLÈTE.

SOMMAIRE. — Père, boucher à l'émeri (poussière), mort d'une tumeur cérébrale à 55 ans, sobre. — Oncle paternel « noceur »; tante paternelle morte de tuberculose pulmonaire. — Renseignements insuffisants sur sa famille. — Mère, nerveuse. — Grand-mère maternelle morte à 42 ans d'une péritonite à la suite de sa 14^e couche; grand-oncle paternel mort de la variole noire. — Cousine au 2^e degré, cauchemars à 14 ans. — 7 oncles maternels morts jeunes (?). — Tante maternelle, nombreux excès de boisson. — Autre tante maternelle morte d'un cancer de l'utérus (à son 11^e enfant). — Une cousine maternelle, chorée dans l'enfance. — Pas de consanguinité. — Inégalité d'âge de 5 ans.

1. Voir Congrès de 1889, p. 406 et Thulié (H.), *Le dressage des jeunes dégénérés ou Orthophrénopédie*, 1890, p. 658. (Obs. compl. avec de nombreuses figures correspondant à sa photographie collective.)

Conception, rien de particulier. — Grossesse : émotion vive au 5^e mois (mort de son mari). — Au 4^e mois « sorte de paralysie » dans les membres inférieurs, sans douleurs, durée trois semaines. — Accouchement à terme et normal. — A la naissance tête très petite. — 1^{re} dent à 9 mois. — Marche presque impossible à l'entrée (5 ans). — Début de la parole, limitée à « papa, maman », à un an. — Jamais propre. — Accès de cris. — Jamais de convulsions. — Attention nulle. — Peur de l'obscurité. — Mastication nulle. — Coqueluche vers 4 ans 1/2. — Bronchites fréquentes. — Tænia. — Amélioration très remarquable.

IMB... (Laure), née le 15 août 1890, est entrée le 9 juillet 1896.

A l'entrée l'enfant marchait mal, tenue par la main; elle ne savait ni s'habiller ni se déshabiller seule. Elle ne savait pas se donner les premiers soins de propreté; gâtait nuit et jour; l'écolage était absolument nul. Imitation et gestes simiens.

Actuellement la marche est libre. Elle s'habille et se déshabille seule. Le gâtisme a totalement disparu le jour. Au point de vue de la parole l'enfant a fait de sérieux progrès. L'attention est devenue de plus en plus facile. L'enfant s'intéresse à tout ce qui se fait autour d'elle et essaie d'y participer. En résumé une amélioration assez notable s'est opérée chez Imb...

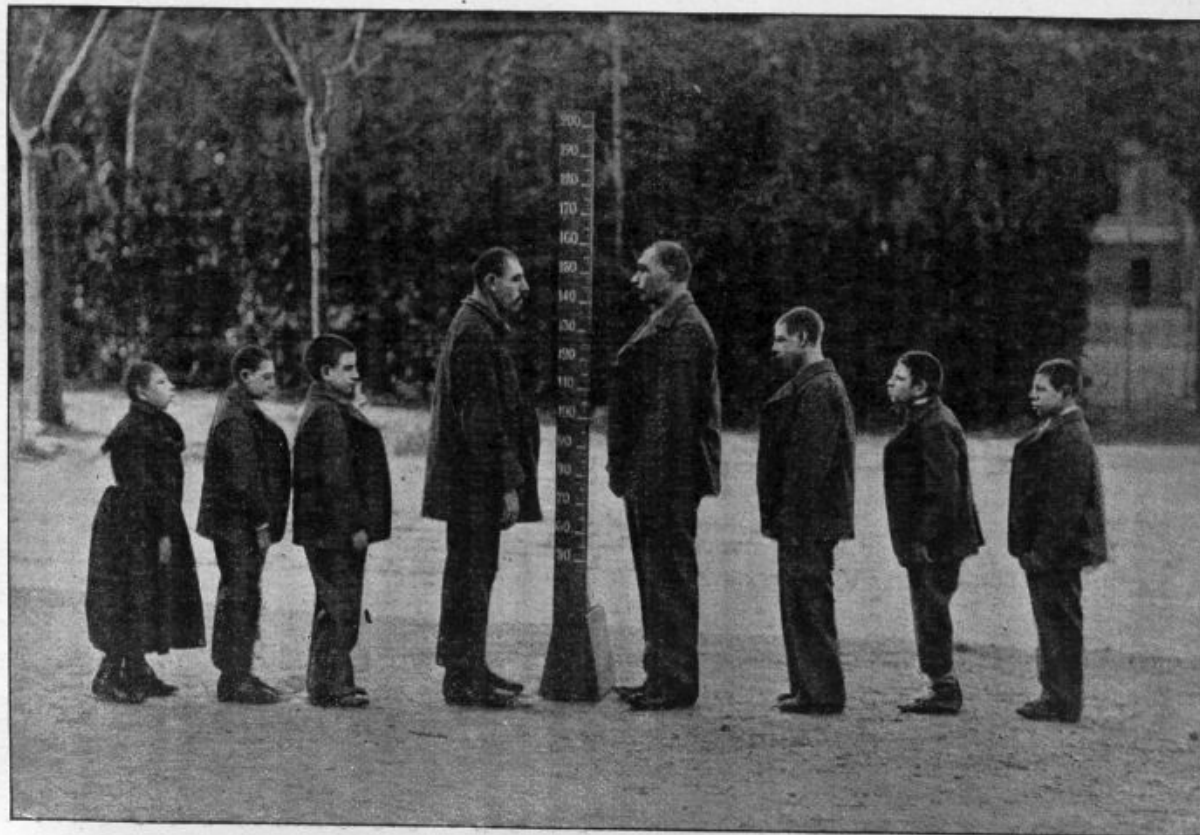
La photographie collective n° 8 représente l'enfant d'année en année depuis 1896 (6 ans) jusqu'à ce jour (10 ans).

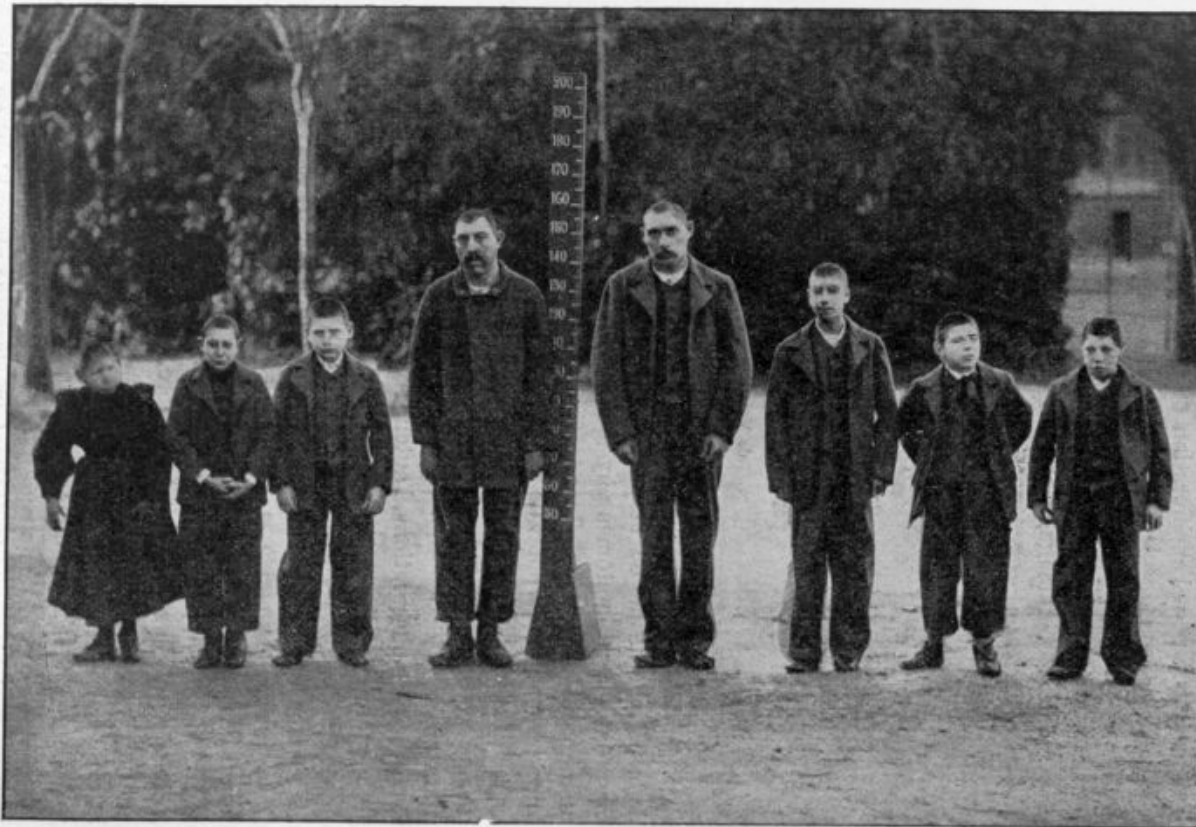
Les deux planches ci-après montrent de face et de profil tous les microcéphales dont nous venons de résumer l'observation.

Il ressort de cet exposé, d'une façon tout à fait évidente, que, s'il est possible, avec notre méthode de traitement, d'améliorer, même à un degré très prononcé, des *idiots complets* MICROCÉPHALES, il est d'autant plus possible d'améliorer des idiots, des imbéciles ou des arriérés moins profondément atteints.

Après avoir donné des renseignements succincts sur les procédés employés à l'asile-école de Bicêtre et à l'Institut médico-pédagogique de Vitry-sur-Seine, M. Bourneville termine en rappelant qu'il faut s'occuper de l'enfant idiot dès qu'on a constaté les premiers signes de l'idiotie; l'occuper depuis le matin jusqu'au soir; varier ses occupations; développer les aptitudes particulières qui serviront de base pour conquérir d'autres notions; qu'on doit toujours recourir aux bains, aux douches et à la gymnastique; que la première partie de la tâche consiste, pour les idiots complets, êtres végétatifs, « bêtes humaines », comme on l'a dit, à leur apprendre à se tenir debout, à marcher, à être propres, à se déshabiller, à s'habiller, à se laver et à manger seuls. Cette conquête réalisée, L'ENFANT SE SUFFIT A LUI-MÊME, est relevé physiquement et moralement et est tout prêt pour l'enseignement de la parole, le perfectionnement des sens, les notions d'instruction primaire et ultérieurement pour le travail professionnel.

Cette communication comprend la suite de l'observation de trois





malades montrés en 1889. En se reportant aux procès-verbaux du Congrès de 1889, nos collègues qui ont vu alors ces trois malades, pourront se rendre compte de ce qui a été fait depuis 1889 jusqu'à ce jour (1900), pour l'amélioration de ces mêmes malades.

Nous espérons que les faits que nous venons d'exposer, les malades en main, apporteront dans vos esprits la conviction qu'il est possible, par le traitement médico-pédagogique appliqué avec soin et *persévérance*, d'améliorer et même de guérir les enfants idiots, imbeciles et arriérés.

**SUR LA PÉRIODE TERMINALE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE
ET SUR LA MORT DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX**

par **M. F. L. ARNAUD,**

de Vanves.

M. ARNAUD établit, par de nombreuses citations, qu'il existe, au sujet de la période ultime de la paralysie générale (considérée exclusivement dans ses symptômes physiques), une opinion traditionnelle et unanime, d'après laquelle les paralytiques généraux deviendraient toujours impotents, au point de ne pouvoir plus marcher, de ne pouvoir même plus se soutenir; ils tomberaient dans un état de cachexie très marquée, ils auraient des eschares et ils s'éteindraient enfin dans le marasme.

D'après ses observations, l'auteur considère cette description comme trop exclusive. Beaucoup de paralytiques parcourent toutes les phases de leur maladie sans devenir impotents, sans avoir d'eschares, et ils meurent *debout*, c'est-à-dire sans avoir jamais été confinés au lit, ayant gardé jusqu'à la fin la possibilité d'aller et de venir sans appui.

M. Arnaud apporte 47 observations personnelles de paralytiques suivis jusqu'à la mort. Sur ce nombre, *neuf* ayant été emportés prématurément par une affection intercurrente, ne peuvent entrer en ligne de compte : on ne sait pas s'ils seraient ou non devenus impotents. Les 38 restants donnent 19 malades ayant traversé la période d'impotence, et 19 également qui sont morts debout. D'où cette première conclusion, que la description classique répond tout au plus à la moitié des cas.

Les malades qui deviennent impotents présentent tous des sym-

ptômes spasmodiques, des contractures, qui sont la vraie cause de la gêne des mouvements. Ceux qui meurent *debout* ne présentent pas ces phénomènes spasmodiques. La période terminale de la paralysie générale présente donc deux variétés cliniques : l'une avec contractures et impotence; l'autre sans contractures et sans impotence.

En ce qui concerne la *cause de la mort*, les faits rapportés se divisent en *trois groupes* :

Le premier, celui des sujets morts dans le *marasme*, comprend seulement *deux cas*;

Le second, avec *neuf cas*, est celui des malades qui ont succombé à une affection étrangère à la paralysie générale;

Le troisième renferme les malades emportés par un *ictus cérébral*, et il compte *trente-six cas*.

La conclusion qui découle de ces faits est que, contrairement à la doctrine classique, l'ictus cérébral n'est pas une complication de la paralysie générale, mais bien un *symptôme intrinsèque*; il en est de plus la *terminaison normale* et la plus fréquente.

Enfin, M. Arnaud pense qu'on a exagéré considérablement la fréquence et la gravité des troubles trophiques et notamment des eschares dans la paralysie générale. Il est persuadé que des mesures attentives d'hygiène et des soins de propreté peuvent, dans la grande majorité des cas, empêcher le développement de toute eschare.

Conclusions.

I. — En ce qui concerne les signes physiques de la période ultime de la paralysie générale, il y a lieu de remanier complètement le tableau uniforme qu'en ont tracé les auteurs.

II. — Un grand nombre de paralytiques, la moitié peut-être de ceux qui succombent réellement à leur paralysie générale et non à une affection d'une autre nature, *meurent debout*, c'est-à-dire qu'ils conservent jusqu'à la fin une liberté de mouvements assez grande pour aller et venir sans appui. Cette terminaison, méconnue par les auteurs, distingue une variété particulière de la maladie, la variété *ataxique* ou *cérébrale simple*, c'est-à-dire sans complication médullaire notable.

III. — Les autres paralytiques, conformes à la description traditionnelle, vont s'affaiblissant progressivement jusqu'à perdre, plus ou moins longtemps avant la mort, le pouvoir de marcher et de se soutenir. Leur impotence est due à la précoce apparition de raideurs musculaires, de spasmes, de contractures d'une intensité variable. Ils

constituent une seconde variété, que l'on pourrait appeler *ataxo-spasmodique* ou *spinale descendante*.

IV. — Les ictus cérébraux — quelle que soit leur nature — sont des symptômes *intrinsèques* de la paralysie générale, ils en sont de plus la terminaison naturelle et la plus fréquente.

V. — Quant aux troubles trophiques et notamment aux eschares, ils n'ont ni la fréquence ni la gravité qu'on leur attribue généralement dans la description de la paralysie générale; ils ne sont pas une conséquence nécessaire de la maladie et, dans la plupart des cas, des soins appropriés peuvent en empêcher la production.

LE DORMIOL, HYPNOTIQUE PUISSANT, NON TOXIQUE

Par M. le docteur Erich KOCH,

d'Aix-la-Chapelle.

Le dormiol, une combinaison de chloral et d'hydrate d'amylène, fut trouvé par le Dr Fuchs. Celui-ci et l'orateur firent mutuellement les essais physiologiques sur des animaux. Ils constatèrent dans une grande série d'expériences qu'environ 24 pour 100 de chloral de plus, pouvait être supporté sous la forme de dormiol que de l'hydrate de chloral pur. Les observateurs conclurent de ces faits que cette action moins toxique résultait d'une séparation successive et lente des deux composants.

Depuis, le dormiol a été contrôlé scientifiquement par un grand nombre de spécialistes. Metzger et Schultze furent les premiers qui étudièrent le nouvel hypnotique pour les aliénés. Ils purent constater en moyenne 75 pour 100 de bons résultats, en donnant des doses de 1,5 à 5 grammes. Les cas de mélancolie, d'abattement et d'hypocondrie donnèrent les meilleurs résultats. Pour des cas d'excitation de longue durée chez des paralytiques, ils donnèrent, mais très rarement, des doses maximum jusqu'à 6 grammes.

Dinkler qui essaya le dormiol chez des individus sains d'esprit, dans la section interne de l'hôpital Louise, à Aix-la-Chapelle, ainsi que Ketly dans la clinique de l'université de Budapest, l'employèrent dans l'espace de 9 mois pour une multitude d'individus atteints des maladies les plus diverses. Ils constatèrent avec des doses de 0,5 à 1 grammes 84 pour 100 de succès. Les névroses fonctionnelles furent principalement influencées d'une manière favorable, quoique l'action fût,

comme pour les autres hypnotiques, uniquement palliative. Mais le dormioli a aussi réussi pour des cas d'origine cérébrale et spinale et d'affections d'autres organes.

Dans aucun cas on n'a pu constater des effets accessoires fâcheux, même pour des maladies de cœur. Vu que, même pour les grandes doses de 6 grammes, on n'a jamais constaté des résultats défavorables, on a le droit de conclure à une supériorité du remède sur les autres hypnotiques. Jamais on n'a observé de grands troubles de la fréquence du pouls, ni de grandes oscillations de la température; l'appétit n'était jamais préjudicié, et les malades se sentaient généralement bien disposés le lendemain. On n'a pu constater ni une accoutumance au remède, ni la nécessité d'augmenter les doses pour un emploi prolongé.

**PRÉSENTATION D'UN HÉMISPHERE CÉRÉBRAL EN TRENTE-SEPT COUPES
MONTÉ POUR LA DÉMONSTRATION ET LA DESCRIPTION CLINIQUE
DANS LES AUTOPSIES DES MALADIES DU CERVEAU**

par M. le docteur C.-H. HUGHES,

de Saint-Louis (États-Unis).

Dr. Chas. H. Hughes of St-Louis Mo., U. S. A. exhibited an ingenious hinged transverse sectional model of a cerebral hemisphere made by Wm. F. Fuller M. D. of Grand Rapids Michigan, formerly Demonstrator of Anatomy at Mc Gill College and Professor of Anatomy at Bishop's College, Montreal, Canada, showing seventy four cross sections naked eye views of the human brain on thirty seven plates one sixteenth of an inch thick, each humbered and with description attached underneath the wole capable of being folded up when not in use and having the appearance of a model cerebral hemisphere, on the outer surface of which are traced the convolutions, fissures and loci (indicated by letters and figures) of the psychomotor centers. The mesial aspect of this model shows the longitudinally cut through corpus callosum and superimposed and surrounding fissures, the third, fourth and lateral ventricles and the bisected pons medulla, aqueductus sylvii, etc., etc.

The sections were hinged with leather on the inner aspect.

A diagram can be drawn from this outline showing the brain sections folded and held securely together and closed as in the diagram

by a broad rubber band. They may be shown open as they were exhibited by Dr. Hughes by representing a fanlike arrangement of the plates.

**PRÉSENTATION D'UN ESTHÉSIOMÈTRE PERFECTIONNÉ EN PLATINE
AVEC LES POINTES DE DISTANCE DE WEBER, ETC., GRAVÉES EN DÉCIMALES
ET A L'ÉCHELLE ANGLAISE**

par M. le docteur C.-H. HUGHES,

de Saint-Louis (États-Unis).

This ingenious instrument was originally constructed in 1879 by Charles Hamilton Hughes, president of the Faculty and Professor of Neurology in the Barnes Medical St-Louis. Its distinguishing features are its convenience, compactness and utility in the hands of those especially who are not particularly expert, through long practice in aesthesiometric examinations.

It has an abbreviated system of Weber's aesthesiometric distance scale on one side, showing the principle distances points of normal tactile sensibility.

It has reversible points for testing analgesia, hyperalgesia, etc. The sliding point can be fixed, when required, by a screw so as to avoid mistakes in measurement of tactile sensibility or of perversions thereof.

The scale is sometimes made both English and decimal and the points may be folded in when the instrument is not in use, so as to resemble a closed pocket knife.

Aesthesiometry is much facilitated by its use.

**UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LA STRYCHNINE PAR ERREUR
D'UN PHARMACIEN — MANIFESTATIONS PHYSIQUES ET PSYCHIQUES
CONSÉCUTIVES A CET EMPOISONNEMENT**

par M. le docteur TERRIEN,

de la Vendée.

Les cas d'empoisonnement involontaire par la strychnine, surtout par erreur de pharmacien, sont assez rares pour qu'il soit utile de relater avec détails celui dont j'ai été le témoin, d'autant qu'il offre plus

d'une particularité intéressante : survie malgré la dose considérable de poison absorbée, une symptomatologie des plus complètes, des manifestations secondaires de la plus haute importance, crise d'urémie quelques jours après l'accident par lésions rénales, produit de l'intoxication, des troubles cardiaques très accentués causés par le poison et dont la durée a été de près de deux mois, des phénomènes gastro-intestinaux qui, aujourd'hui, ont à peu près disparu, une perturbation énorme et très longtemps persistante de tout le système nerveux central et périphérique, nerfs de la sensibilité générale, nerfs de la sensibilité spéciale, enfin, comme reliquat, une neurasthénie franchement caractérisée, un état psychique particulier, avec idées mélancoliques et hypochondriaques. Tout cet ensemble de symptômes, tout cet ensemble de manifestations tant secondaires que primitives, offre suffisamment d'intérêt, je crois, pour mériter que je fasse de ce cas l'objet d'une communication spéciale.

M. H..., 58 ans, propriétaire. Hérité névropathique, mère ayant présenté à maintes reprises des accidents nerveux, sœur d'un tempérament impressionnable à l'excès, père a de l'insuffisance mitrale et des bronchites répétées.

Antécédents personnels nuls. Ni alcoolisme, ni syphilis. A part un érysipèle grave contracté à quinze ans et quelques manifestations légères du côté du larynx, H... a toujours joui d'une santé excellente. Je suis son médecin depuis de nombreuses années. C'est un homme d'une force peu commune, de taille élevée (1m.90) et d'une grosseur en rapport avec cette taille. Si je donne ces derniers détails, c'est qu'à mon sens, il doit en partie à sa haute stature, à sa vigueur extraordinaire, d'avoir résisté à un poison aussi violent, malgré la dose considérable absorbée.

Le 27 mars dernier, je suis appelé près de M. H... qui souffrait depuis quelques jours de l'influenza. Je trouve un malade debout, sans fièvre, avec une langue légèrement saburrale et quelques râles de bronchite à la base du poumon gauche. Etat général d'ailleurs très satisfaisant. Le malade avait de l'appétit et continuait ses promenades habituelles. Rien du côté du cœur, sauf quelques légères palpitations, purement fonctionnelles, sans lésions de l'organe. Les deux bruits sont nets, bien frappés, pas de souffle. J'ordonne des pilules de sulfate de spartéine à la dose de cinq centigrammes, à prendre une le matin, une le soir, et un vésicatoire de 8 c. × 8 c. — Mais ce vésicatoire que le malade me réclamait pour supprimer sa toux grippale ne devait être appliqué que si je constatais et si je faisais constater par le pharmacien le bon état des reins. De mon examen, de l'examen fait par le pharmacien, M. B..., il résulte que les reins sont parfaitement sains. — Pas trace d'albumine. — On ne trouve également pas trace de sucre dans les urines.

Le soir de ce même jour, 27 mars, à onze heures, je suis rappelé. Le malade allait moins bien, il souffrait horriblement, disait-on, de crampes dans les jambes. Quand j'arrive, H... était couché sur le ventre, les bras

élevés au-dessus de la tête, les mains se cramponnant au chevet du lit. Il ne souffre plus, me dit-il, mais il n'ose faire aucun mouvement de peur de voir reparaitre les douleurs, aussi me prie-t-il de ne pas l'examiner. Après lui avoir posé quelques questions au sujet du mode de début de la crise, de la localisation de ses contractures et m'être assuré qu'il n'y avait pas eu gêne de la déglutition, pas de trismus (à ce moment je songeais au tétanos), je posais un diagnostic rassurant : simples crampes chez un malade de souche névropathique ou tétanie légère dans le cours de l'influenza, due à l'influenza ou à une intoxication quelconque. C'était vague, je l'avoue ; mais, je le déclare bien sincèrement, la pensée d'un empoisonnement ne me vint pas un instant à l'esprit. Les symptômes d'ailleurs, tels qu'on me les indiquait, n'étaient pas suffisamment graves, pas suffisamment caractéristiques et je me contentai d'ordonner une simple potion bromurée. Le malade m'a bien avoué plus tard, mais trop tard, qu'il avait fort mal répondu à mes questions, parce qu'il voulait avant tout qu'on le laissât tranquille ; l'interrogatoire l'importunait ; d'entendre parler, cela le fatiguait ; de répondre, cela le fatiguait encore davantage. Ce qu'il cherchait, c'était de terminer au plus vite l'entretien. En présence de réponses aussi incomplètes, aussi imparfaites, l'intoxication par la strychnine devait fatalement m'échapper. Ce fut très regrettable pour le malade, ainsi que nous le comprendrons tout à l'heure.

Après cette série de petites crises douloureuses, mais sans gravité, et qui durèrent près d'une heure, le repos vint, la nuit fut calme.

Le lendemain matin à neuf heures, on vient me chercher en toute hâte, j'étais absent. Je n'arrive près du malade qu'à midi, je trouve M. H... fatigué, abattu, mais parlant bien, ayant toute sa lucidité d'esprit et qui me reçoit par cette phrase : « Docteur, j'ai failli mourir, j'ai été empoisonné. »

Voici ce qui s'était passé : à huit heures du matin, après une nuit relativement bonne, la crise une fois terminée, le malade prend sa seconde pilule, soi-disant de sulfate de spartéine ; à huit heures et demie, il s'écrie tout-à-coup : « J'ai des fourmillements dans les pieds, ça me reprend comme hier soir, les crampes vont venir. » Elles viennent en effet, terribles, effrayantes, faisant pousser de grands cris au malade, la raideur tétanique saisit d'abord les membres inférieurs, ensuite les membres supérieurs, mais les membres supérieurs tombent vite dans le relâchement. Le thorax s'immobilise à son tour, puis le cou, la tête qui se rejette en arrière en opisthotonos, les mâchoires se serrent, la respiration est suspendue, la connaissance à ce moment est partie, la face est cyanosée, gonflée, les yeux semblent sortir de leur orbite. Le malade asphyxie. On était occupé (c'est une famille intelligente ayant quelques notions médicales) à faire la respiration artificielle au moyen des bras alternativement relevés et abaissés, c'est à ce moment tragique qu'arrive, comme un coup de vent, le pharmacien. Il venait de s'apercevoir de son erreur. « C'est de la digitaline (???) que j'ai préparée au lieu de spartéine », s'écrie-t-il. Après s'être emparé de la boîte de pilules, il se met en devoir de faire absorber force lait au malade ; mais pour cela il lui faut vaincre la résistance énergique opposée par les mâchoires contracturées.

Il y parvient, mais au prix des plus grands efforts et en faisant avec la cuiller de multiples érosions à la bouche. Puis subitement les jambes se détendent, la tête reprend sa position normale, tous les muscles tombent dans le relâchement, une respiration large, bruyante, se produit, la cyanose de la face disparaît, le malade reprend connaissance, retrouve d'un seul coup toute sa lucidité d'esprit, la crise était terminée.

Elle s'était prolongée dix minutes environ, chiffre approximatif, car la famille était trop atterrée pour pouvoir mesurer la durée. Cette crise si effrayante par son intensité fut heureusement la seule, contrairement à ce qui se passe d'ordinaire, quand il y a survie, où l'on assiste à une succession de crises de moins en moins fortes, séparées par des intervalles de plus en plus éloignés, pour finalement ne plus reparaitre. Ici nous avons une crise unique, mais terrible et prolongée, ayant failli emporter le malade. Après, plus rien, sauf des troubles secondaires moins bruyants, ceux-là, mais d'une réelle gravité, troubles qui intéresseront de nombreux organes, quelques-uns pendant longtemps, et qui tous ont été évidemment la conséquence de l'intoxication.

Le système bulbo-médullaire est lors de mon premier examen très fortement excité. Tous les réflexes sont très exagérés, le réflexe patellaire surtout. Il existe une trépidation épileptoïde très nette. Le phénomène des orteils est peu marqué. Le malade a la sensation de cordes qui le tirent, sensations désagréables plutôt que vraiment douloureuses, il est secoué parfois comme par des secousses électriques. Tous ces phénomènes, nous les verrons se produire les jours suivants, avec autant d'intensité, et quelques-uns, l'exagération des réflexes par exemple, persisteront plus de deux mois après l'accident. J'en puis dire autant des nerfs de la sensibilité spéciale qui présentent une excitation absolument extraordinaire ; à noter pour l'instant l'exaltation particulière du sens de l'ouïe ; le plus léger bruit importune le malade, les paroles dites à voix basse à une certaine distance arrivent nettement à son oreille.

L'appareil digestif présente les manifestations suivantes : vomissements continuels, parfois légèrement teintés de sang. — Première selle est noire — quelques caillots sanguins sont mêlés aux matières.

L'appareil cardio-pulmonaire nous fournit des constatations importantes : les battements du cœur sont très lents. Le pouls est faible : quarante pulsations à la minute, au lieu de quatre-vingts la veille. Les bruits du cœur sont mal frappés, très voilés. On les perçoit difficilement, surtout le premier bruit. Le myocarde semble avoir été très sérieusement touché ; la respiration est normale, régulière.

Du côté des reins, anurie complète depuis la veille au soir jusqu'à trois heures. A trois heures, on peut recueillir quelques centimètres cubes d'urine. Je constate des flots d'albumine.

Le soir, même état qu'à midi, vomissements, selles noires, toujours peu d'urine, mêmes remarques au point-de vue des réflexes.

Le lendemain 29 mars, la situation ne s'est modifiée en aucune façon. L'appareil digestif, le système cardiaque et circulatoire, les reins, le système bulbo-médullaire ont toujours leur fonctionnement profondément troublé.

Intelligence intacte. Acuité auditive et visuelle très nettement accrue,

le sens de l'olfaction est exalté, les objets qui pour nous ont peu d'odeur exhalent une odeur insupportable. Salivation constante. Pas de sueurs. Toujours la même exagération des réflexes.

50 mars. Même état que la veille.

51 mars au soir, subitement la scène change, les vomissements cessent, mais le malade tombe dans un état de stupeur voisin du coma. M. H... est indifférent à tout, comprend très difficilement les questions posées, ne répond pas ou répond par oui ou par non, quand on l'interroge. Notre malade évidemment fait de l'urémie, c'est presque le coma urémique. Le pouls est plus petit, presque filiforme et irrégulier. Pas d'émission d'urine depuis midi. Le pronostic nous semble à cette heure fatal, à mon confrère, M. Mignen, et à moi. Nous instituons un traitement très énergique dont l'efficacité n'a pas trop tardé à se faire sentir : injections répétées de sérum artificiel, lavements froids abondants d'eau salée toutes les heures. Je passe la nuit près du malade.

1^{er} Avril. — Sous l'influence de ce traitement, les reins recommencent à fonctionner et, le matin, 500 grammes d'urine environ sont recueillis, urine toujours chargée d'albumine; à midi, près d'un litre. Le malade semble sortir de son coma, quoiqu'il paraisse toujours un peu hébété. Pas de convulsions. Le soir, l'intelligence est nette, le pouls plus fort, mais très lent; émission abondante d'urine.

2 Avril. — Nuit satisfaisante. État général meilleur, mais le premier bruit du cœur est toujours à peine perceptible, et les réflexes sont toujours très exagérés. Vomissements persistants, quoique moins fréquents, selles encore noires.

12 Avril. — Je vois le malade tous les jours; l'amélioration s'accroît progressivement; l'albumine diminue pour cesser complètement vers le 12, c'est-à-dire quinze jours après l'accident. Le malade désire prendre de la nourriture et demande à se lever.

A cette date on commence à percevoir assez nettement les deux bruits du cœur. Pas de souffle, le pouls bat maintenant soixante à la minute.

Les selles ont repris leur coloration normale.

Les réflexes sont toujours très manifestement exagérés.

La trépidation épileptoïde est nette.

L'excitation du sens génital persiste. Érections presque constantes. L'excitation des nerfs de la sensibilité spéciale est encore très vive. « Il me semble que je pourrais lire dans un livre placé au bout de la chambre », me dit le malade. Le fait fut reconnu exact. Grande exagération du sens de l'ouïe et de l'olfaction. La salivation est toujours aussi abondante.

20 Avril. — Le malade commence à sortir, il sent les forces lui revenir, il mange d'un excellent appétit.

21 Avril. — Légère indigestion qui suffit pour faire reparaitre les troubles cardiaques. Battements très fréquents. Bruits voilés. Pas de modifications du côté des reins. Urine abondante et sans albumine.

28 Avril. — Langue saburrale, peu d'appétit. Faiblesse musculaire. Même état des réflexes. A ce moment l'état *psychique* s'est profondément modifié. Le malade, d'un caractère très gai autrefois, même après l'accident, devient subitement triste. M. H... pleure sans cesse, aime à rester seul, demeurerait toute la journée au lit, si on ne l'obligeait à le quitter.

10 Mai. — Le malade prend peu de nourriture, il a peur d'une rechute, étudie cent fois par jour sa langue et son pouls. Tristesse profonde, quelques idées hypochondriaques. J'avais déclaré un jour à ma consultation que M. H... faisait de la neurasthénie; aussitôt M. H... tire cette conclusion qu'il allait mourir paralytique général, comme son beau-frère, qu'il en était certainement atteint déjà, tous ces symptômes qu'il présente l'indiquent. Cette idée l'obséda pendant plusieurs jours.

Juin. — A part l'état psychique, qui ne s'est guère amélioré, presque tous les symptômes signalés précédemment se sont amendés, la salivation a disparu, les érections sont moins fréquentes, importunent moins le malade. Mais les réflexes patellaires sont encore exagérés, quoique plus faiblement, et la trépidation épileptoïde persiste, ainsi que le constata avec moi, le professeur H. Monnier, de l'École de Nantes, appelé en consultation. Pas d'atrophie musculaire.

Juillet. — État mental meilleur, la gaieté revient. Le malade fait de longues promenades et se nourrit bien. Les réflexes sont devenus normaux. Je considère M. H... comme guéri au point de vue physique et psychique.

J'ai dit que M. H... a été empoisonné et qu'il a été empoisonné par la strychnine. Cependant certaines objections peuvent-être soulevées contre le diagnostic. Je répondrai donc à celles mises en avant par le pharmacien qui a toujours nié le strychnisme de son malade.

Que dit, le pharmacien? « Je me suis trompé, je l'avoue. Je l'ai avoué en me rendant précipitamment près de M. H...; mais c'est de la digitaline que j'ai fournie et non de la strychnine. »

A cela je répondrai qu'il était inutile de tant se hâter, des pilules de digitaline amorphe à deux milligrammes ne pouvant empoisonner ni même incommoder sérieusement un malade. Il est donc de toute évidence que ce n'est pas la digitaline qui a produit les accidents, d'autant que la symptomatologie de l'empoisonnement par cet alcaloïde est toute différente.

Le pharmacien l'a compris; aussi, qu'ajoute-t-il les jours suivants? « La digitaline que j'ai délivrée n'a évidemment point empoisonné le malade, ce n'est point, non plus, de la strychnine, puisque je nie avoir fait des pilules de strychnine, c'est le *vesicatoire* appliqué chez un malade ayant probablement les reins altérés d'avance qui a provoqué des accidents *d'urémie*. »

D'abord H... n'était point un rénal. L'examen des urines a été fait le soir même avant l'application du vésicatoire et on n'a pas trouvé trace d'albumine. D'ailleurs il suffit, pour réduire à néant cette objection, d'étudier la nature de la crise, les préliminaires de la crise, les suites de la crise et les circonstances qui ont accompagné cette crise.

La nature de la crise? Quand il y a convulsions dans l'urémie, ce sont des convulsions toniques et cloniques ; mais on n'a pas cette raideur tétanique, ce tétanos constaté chez notre malade.

Dans la crise d'urémie, on perd connaissance, toute sensibilité est abolie. M. A..., au contraire, assiste intellectuellement à toute sa première crise, il la suit, il en souffre, il indique quel genre de souffrances ; ce sont des fourmillements d'abord, puis des crampes. Il conserve toutes ses facultés. Il les conserve également dans sa seconde crise, et ce n'est qu'au moment de la période d'asphyxie que l'idée s'en va, que la sensibilité s'éteint.

La fin de la crise? La crise d'urémie terminée, le malade ne reprend pas connaissance aussitôt, il reste dans un état de torpeur cérébrale, dans le coma. Que s'est-il produit, au contraire, chez M. H... ? Une fois la détente produite, aussitôt la reprise des mouvements respiratoires venant faire cesser l'asphyxie, l'intelligence revient, le malade retrouve d'un seul coup toute sa lucidité d'esprit. Apercevant le pharmacien à son chevet : « Vous resterez près de moi, s'écrie-t-il, car je suis bien malade. » Ce n'est pas là le fait d'un urémique qui vient d'achever sa crise.

Les antécédents de la crise? On ne fait pas d'urémie sans avoir depuis quelques jours une santé terriblement compromise, avec un état général satisfaisant, avec des reins surtout qui fonctionnent d'une façon absolument normale. On urine peu ou pas et l'urine présente ordinairement de l'albumine. Il n'y a pas d'urémie spontanée, c'est-à-dire d'urémie survenant brusquement chez un homme bien portant la veille. Or, mon malade était très légèrement souffrant, ses reins principalement étaient parfaitement sains le soir même de l'accident.

Il est vrai qu'on a osé soutenir que le vésicatoire a pu produire une lésion rénale, d'où l'éclosion immédiate de la crise urémique.

Je ne discuterais pas le fait s'il n'avait été avancé par la défense, car il est absolument impossible d'admettre qu'un vésicatoire de 8×8 , appliqué pendant deux heures seulement (la famille ayant enlevé le vésicatoire aussitôt l'apparition des crampes, qu'elle attribuait à la cantharide), que ce vésicatoire ait pu déterminer une lésion rénale si grave et produire immédiatement l'urémie.

Les circonstances qui ont accompagné les crises? Voilà un malade qui, à neuf heures, alors que l'état général était très satisfaisant, prend une pilule ; à dix heures, crise, crise assez légère, sans gravité, puis nuit calme ensuite ; à huit heures, le matin, deuxième pilule ; une demi-heure après, nouvelle crise terrible, effroyable, ayant failli

emporter le malade. Cette coïncidence de l'apparition des crises aussitôt après l'absorption des pilules indique assez clairement que ce sont les pilules qui les ont produites. Il faut y voir plus qu'une simple coïncidence fortuite, mais bien une relation directe de cause à effet. L'intensité plus forte de cette seconde crise s'explique d'ailleurs aisément; le poison pris le soir était incomplètement éliminé quand la deuxième dose a été absorbée. Autant de remarques qui viennent appuyer le diagnostic de strychnisme. On a également soulevé cette objection : « Mais si le malade avait absorbé 10 centigrammes de strychnine, il serait mort. » Il est certain que la dose est excessivement forte, mais il faut tenir compte de la vigueur du sujet. J'ai dit quelle était sa taille, son volume, sa force peu commune. Il faut, de plus, ne pas négliger que la dose a été fractionnée, 5 centigrammes le soir, 5 centigrammes le matin. Dans cet intervalle de douze heures, une certaine quantité du poison a dû être éliminée. Et puis enfin, ne sait-on pas, d'après certains faits relatés dans les traités de toxicologie, que certaines personnes peuvent absorber des doses considérables de strychnine sans en mourir, tandis qu'on citera l'exemple de tel docteur qui n'a pu survivre à 5 centigrammes simplement de strychnine pris par mégarde. La survie à une dose de 10 centigrammes n'est donc pas une raison suffisante pour qu'on puisse dire : « Ce n'était pas de la strychnine. »

Il y a bien aussi certaines petites constatations faites du côté du tube digestif qui auraient pu jeter quelques doutes; je veux parler de ces quelques filets de sang remarquables dans les vomissements et de ces selles noires, au début légèrement sanglantes. Si l'on parcourt les traités classiques, on signale peu ou pas d'hémorragies; elles doivent donc être des exceptions. Elles peuvent cependant s'expliquer par des troubles vaso-moteurs, par cette tension énorme des artères au moment de l'empoisonnement, d'où la rupture possible de certaines petites artéριοles du tube digestif. D'ailleurs, dans l'article du *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, je lis qu'à l'autopsie d'un chien mort de strychnine, on a trouvé quelques dilatations anévrysma-tiques dans la région lombaire de la moelle, dont quelques-unes étaient sur le point de se rompre; à l'autopsie d'un autre chien, la rupture s'était effectuée, car il y avait une série de petits foyers apoplectiques toujours dans cette même région lombaire, uniquement dans la substance grise. On a trouvé également chez l'homme, à l'autopsie, une hyperémie telle que l'on constatait des extravasations sanguines, des taches ecchymotiques; c'est surtout dans le crâne, les poumons, les *voies digestives* que se montrent ces foyers hémorra

giques. Il s'ensuit que ces phénomènes hémorragiques n'infirmant pas le diagnostic de strychnisme.

J'ai répondu assez nettement, je crois, à toutes les objections qui avaient été faites et à celles qui auraient pu l'être, pour être en droit de conclure d'une façon très ferme, très catégorique, que c'est bien de la *strychnine* qu'a absorbée notre malade. C'est, du reste, à cette même conclusion que s'est arrêté M. le professeur Ollive, de l'École de Nantes, médecin légiste, appelé pour donner son avis dans le procès intenté par le parquet de la Roche-sur-Yon au pharmacien X..., coupable de cette erreur involontaire¹.

Je ne terminerai point cet article sans mettre en relief, en les résumant, certains phénomènes secondaires présentés par mon malade, phénomènes que j'ai exposés plus haut avec détails, phénomènes intéressants surtout par leur longue durée et dont quelques-uns ont été très rarement signalés :

Les troubles gastro-intestinaux (vomissements, *melæna*);

Les manifestations cardiaques (myocardite);

L'excitation bulbo-médullaire, si accentuée et si prolongée, puisqu'on constatait l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde trois mois après l'accident, trois mois après l'absorption du poison, cette acuité auditive, visuelle et olfactive si remarquable et si persistante. Ce qui démontre bien de la façon la plus claire que l'élimination de la *strychnine* est excessivement lente à se produire, que, près de trois mois après son absorption, il en existe encore des traces dans l'organisme, puisque ce n'est qu'à cette date que les manifestations bulbo-médullaires ont cessé totalement. Il est également utile d'appeler l'attention sur l'état mental particulier de notre malade, conséquence de l'empoisonnement. Du fait du *shock nerveux*, des troubles psychiques bien nets se sont établis : neurasthénie avec idées mélancoliques et hypocondriaques survenant alors que le malade commençait déjà à s'améliorer. Après une durée de un mois et demi environ, ces manifestations psychiques ont cessé, il n'en reste plus de traces aujourd'hui, sauf une grande impressionnabilité.

1. L'affaire s'est déroulée devant la Police correctionnelle de la Roche-sur-Yon, le 25 juillet. Le pharmacien a été condamné à 6 jours de prison.

**DU PHÉNOMÈNE DE LA STRIATION TRANSVERSALE DES ONGLES
ET DE L'ACTIVITÉ DE RÉGÉNÉRATION DU TISSU CORNÉ CHEZ LES ALIÉNÉS¹**

par M. le docteur Marco TRÈVES

L'importance que la psychiatrie et la médecine légale attachent à tous les phénomènes objectifs qui ont des rapports directs avec la folie, m'engage à exposer un fait que j'ai eu fréquemment l'occasion d'observer chez des aliénés, au cours d'une série de recherches sur l'activité de reproduction du tissu corné.

J'ai été amené à toucher les ongles des mains, juste au niveau de leur contour adhérent, avec une solution de nitrate d'argent. De même pour les cheveux (blancs ou blonds), juste à leur point d'émergence. A la suite de cette opération survient une tache noire qui persiste parfois plusieurs mois, et qui, suivant la croissance de l'ongle ou du cheveu, s'éloigne progressivement du siège primitif.

On peut assister pour ainsi dire au processus de régénération du tissu corné et en mesurer l'activité, en tenant compte du temps employé par le tissu de nouvelle formation pour se substituer à l'ancien; fait facile à constater, grâce à la coloration artificielle.

De ces expériences, grâce auxquelles j'ai eu l'occasion d'étudier la croissance des ongles chez environ 800 individus, normaux, névropathes et aliénés, ont surgi de nombreux faits sur lesquels je me réserve de revenir à un moment donné; mais pour l'instant je me borne à établir les points suivants, qui ressortent nettement de mes observations : l'accroissement de l'ongle peut varier non seulement suivant l'âge, la température, la maladie, etc., mais pour un même ongle le processus peut être irrégulier par rapport au temps. Un état morbide quelconque, susceptible d'altérer l'équilibre des conditions générales de l'organisme, suffit pour que les ongles ne reproduisent pas la marque sous forme d'un relief, mais d'une dépression transversale occupant toute la largeur et située sur chacun d'eux à une hauteur constamment proportionnelle.

Ce phénomène, spécialement visible sur les ongles des pouces, se rencontre fréquemment chez les aliénés.

Chez les paralytiques généraux, les attaques apoplectiformes et épileptiformes d'une certaine durée et portant surtout sur un côté, peuvent déterminer, du même côté, un retard dans la pousse des ongles; de plus, chaque accès peut laisser sa trace, altérations trans-

1. Traduit de l'italien par M. René Semelaigne.

versales des ongles, plus ou moins visibles et nombreuses suivant la durée et la fréquence des attaques qui surviennent au cours de la croissance de l'ongle.

J'ai eu l'occasion d'observer le même fait chez des alcooliques, aux périodes d'agitation, et chez des épileptiques sujets à des accès subintrants et restant en état de mal plusieurs jours consécutifs.

Mais là où le phénomène de la striation transverse des ongles me paraît suffisamment fréquent pour constituer une règle quasi constante, c'est dans les psychoses périodiques. Chez les sujets atteints de cette forme morbide, les changements périodiques qui se produisent dans l'état général et psychique portent presque toujours leur signature sur les ongles sous forme de sillons ou élevures, en sorte que, par le seul examen des ongles, on peut, dans le plus grand nombre des cas, se rendre assez nettement compte de la fréquence et de la durée des différentes périodes.

Dans quelques cas aussi, surtout dans la forme circulaire, quand les périodes se suivent, rapprochées, durent peu et alternent régulièrement, l'ongle prend un aspect caractéristique qui le fait rassembler, par l'abondance et la régularité des stries disposées d'une façon concentrique, aux valves rayées de certains coquillages.

Je crois que ce phénomène peut s'expliquer par l'alternance successive de diverses activités histogénétiques consécutives aux variations de l'activité psychomotrice, et ensuite par le changement matériel, — ce qu'il est facile d'observer chez les aliénés. On peut donner comme preuve le fait que ce phénomène que l'on observe aisément chez les aliénés, il ne m'a pas été donné de le rencontrer chez les individus normaux ; pendant le laps de temps considéré comme nécessaire pour le changement complet de l'ongle, ils n'ont présenté aucune altération. Par contre, j'ai pu l'observer chez les individus qui, au cours de cette période, ont éprouvé une maladie. Mais, même chez ces derniers, je n'ai pas trouvé de stries unguéales transversales aussi nettes et régulières que chez les aliénés, au point de donner à l'ongle l'aspect d'une coquille.

Je crois donc être en mesure d'affirmer que, lorsqu'on trouve des stries unguéales transversales bien nettes, on peut en tenir compte pour établir l'état psycho-pathologique du sujet, et au besoin en tirer des conclusions au point de vue médico-légal.

DISCUSSION

M. RÉGIS n'admet pas que ce soient des déformations dues à des troubles vaso-moteurs, mais bien à des troubles trophiques.

**SUR LA PHYSIONOMIE ET LA PROGRESSION DE CERTAINES LÉSIONS
CELLULAIRES CORTICALES ACCOMPAGNANT LES ACCIDENTS MENTAUX
DES MALADIES GÉNÉRALES**

par M. le docteur Maurice FAURE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

Je présente 15 photographies microscopiques reproduisant l'aspect des cellules pyramidales (grandes cellules du lobule paracentral)

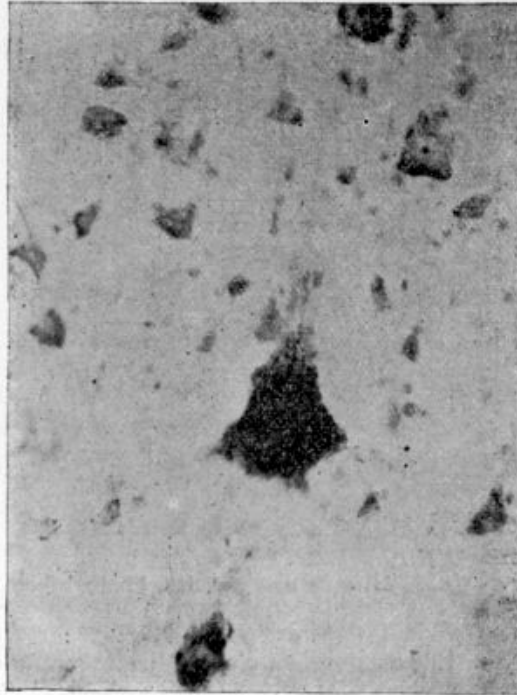


FIG. 1. — Cellule pyramidale normale. Photographie. Gros. 400 D.

étudiées avec la méthode de Nissl chez douze malades, morts de maladies générales (pneumonie, tuberculose, lésions du foie, lésions du rein), avec des troubles mentaux plus ou moins accentués. On constate que, dans cinq cas, les cellules ont conservé le type normal (fig. 1), ce qui démontre, une fois de plus, que l'on peut avoir certains troubles fonctionnels cérébraux, même accentués, sans que la lésion correspondante de l'organe soit appréciable à nos investigations. Dans sept cas, au contraire, les cellules sont manifestement altérées et

cette altération présente exactement les mêmes caractères dans tous les cas. Voici ces caractères, qui sont assez nets, précis et constants pour que l'altération que nous décrivons soit aisément reconnaissable.

A. La cellule a perdu sa forme pyramidale ou polygonale régulière. Elle n'est plus limitée par des lignes droites ou légèrement concaves, rejoignant les points d'attache des prolongements protoplasmiques. La cellule est globuleuse, c'est-à-dire limitée par des

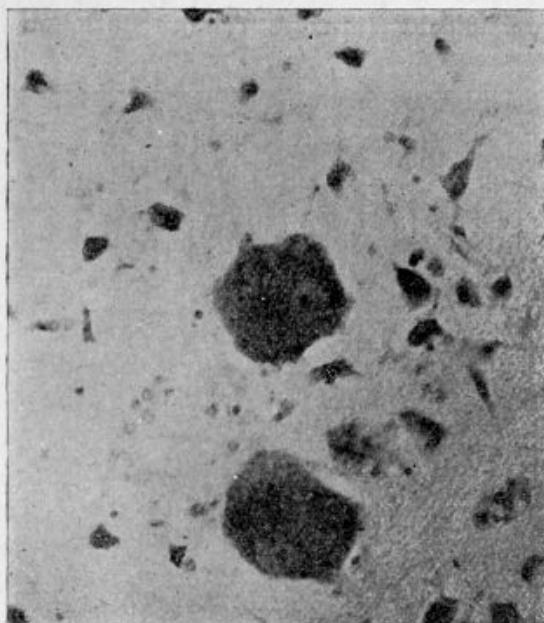


FIG. 2. — Cellules pyramidales de nos malades. Photographie. Gros. 400 D.

contours arrondis. Elle est gonflée, c'est-à-dire légèrement augmentée de volume (fig. 2).

B. Le noyau de la cellule et son nucléole ont conservé leur forme et leur aspect normal, mais ils ont perdu leur place habituelle. Au lieu d'être au centre, ou aux environs du centre de la cellule, ils ont émigré vers la périphérie. Souvent le noyau est tangent au bord de la cellule, parfois il est encastré dans la base d'un prolongement protoplasmique, parfois même il fait hernie au dehors, et une partie seulement paraît encore contenue dans la cellule.

C. La coloration de la cellule est profondément modifiée. Au lieu d'y distinguer nettement les grains de substance chromophile sur le fond achromophile, on ne distingue plus qu'une teinte claire, dif-

fuse et fondue, forçant du centre vers la périphérie, où on distingue encore quelquefois des grains chromophyles. Le centre de la cellule est parfois entièrement clair. Pour les cas où la cellule est peu atteinte, on constate qu'à la périphérie les rapports des colorations sont à peu près normaux, alors qu'au centre on ne rencontre déjà plus de grains chromophyles, qui ont fait place à un brouillard plus ou moins opaque. On peut donc conclure que la transformation de la

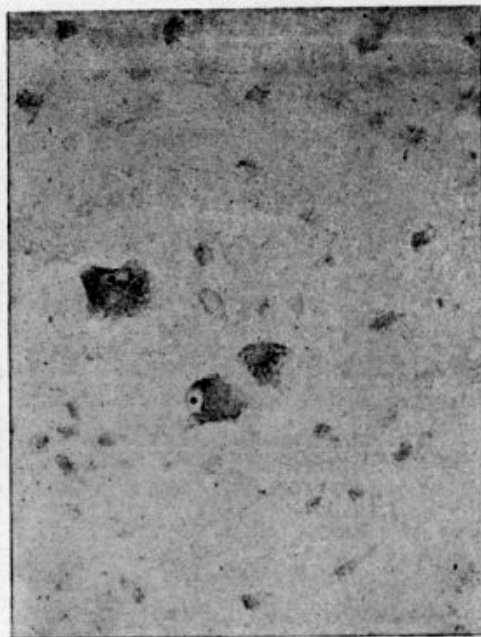


FIG. 5. — Photographie de cellules pyramidales de nos malades. Détails de la lésion : migration du noyau normal et disparition des granulations chromophyles centrales. Gros : 400 D.

cellule, au point de vue de ses réactions colorantes, commence par le centre, se propage vers la périphérie, et se caractérise par la destruction et la disparition des grains chromophyles (fig. 5 et 4).

..

De semblables lésions ont déjà été observées dans les cellules spinales de malades atteints de polynévrites, c'est-à-dire d'infections et d'intoxications ayant déterminé la dégénérescence des neurones spino-périphériques. D'ailleurs, plusieurs de nos malades avaient en effet des polynévrites. Des troubles mentaux, semblables à ceux

qu'ils ont présentés, ont été quelquefois décrits sous le nom de psychose polynévritique, nom que l'on a appliqué aussi à d'autres formes de troubles mentaux.

Nous sommes donc en présence d'une forme de dégénérescence cellulaire, qui caractérise probablement l'action des poisons infectieux ou minéraux sur les éléments nerveux, spinaux ou cérébraux, telle qu'on l'admet dans les polynévrites. Il est remarquable que

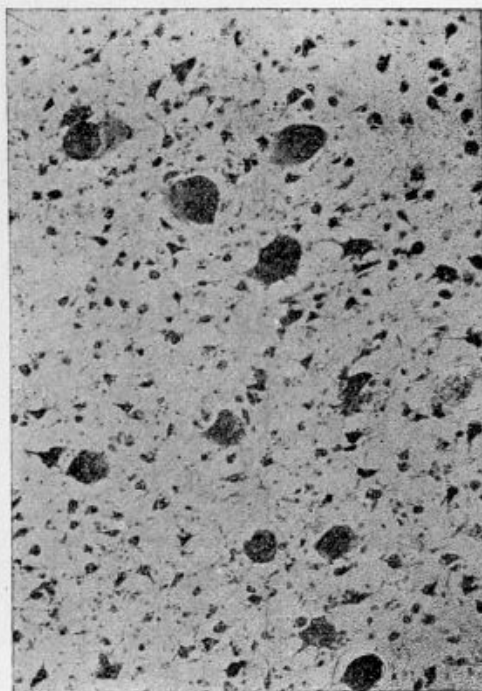


FIG. 4. — Cellules de nos malades (même lésion, généralisée à tous les éléments). Photographie. Gros, 80 D.

c'est précisément chez ceux de nos malades dont les troubles nerveux et mentaux furent les plus accentués et les plus durables que les lésions cellulaires furent les plus prononcées. Ainsi, au cours des délires de maladies aiguës, nous n'avons trouvé que peu ou point de lésions, alors qu'il en existait d'intenses et de générales chez des chroniques atteints de confusion mentale progressive.

Est-ce à dire que cette forme de lésion cellulaire soit la seule qui soit imputable aux infections et aux intoxications? Il est évident qu'il vaut mieux dire actuellement que c'est une des formes de lésions cellulaires

toxi-infectieuses. Nous ne pouvons pas davantage admettre, d'une manière définitive, qu'il y a un parallélisme nécessaire et constant entre la lésion cellulaire que nous décrivons et le trouble mental. C'est une question encore à l'étude. Mais il est certain que nous n'avons jamais rencontré cette lésion chez des sujets placés dans d'autres conditions que ceux qui font le sujet de cette communication.

Nous pouvons affirmer aussi que ce type de lésion est très différent de ceux que la décomposition cadavérique¹, l'agonie, l'hyperthermie (et autres causes banales) peuvent réaliser. De même nous pouvons dire que, dans le très grand nombre des lésions cellulaires nerveuses aujourd'hui à l'étude, ce type mérite une place bien distincte, et peut être considéré comme le mieux connu dans sa forme et ses relations.

Nous admettons ses relations avec une perturbation du chimisme cellulaire, perturbation qui peut être transitoire, qui s'accompagne de trouble des fonctions psychiques ou nerveuses, et qui peut guérir. Cette perturbation peut être due à des causes variées et, expérimentalement, on a réalisé des aspects cellulaires analogues, en sectionnant des nerfs périphériques², c'est-à-dire en interrompant les connexions de la cellule avec le monde extérieur et, par conséquent, en modifiant les excitations qui dirigent sa nutrition³. On les a réalisées aussi en interrompant le cours du sang dans un segment de moelle⁴.

Dans les observations qui appuient cette communication, il est vraisemblable que l'action cérébrale des poisons fabriqués dans un organisme infecté et intoxiqué explique à la fois les troubles mentaux (délire fébrile, confusion mentale, hallucinations), et les lésions cellulaires que nous avons rencontrées. C'est, du reste, l'action des toxiques et des toxines qui nous paraît, habituellement, commander l'apparition de ces lésions, comme elle commande l'apparition de ces troubles mentaux et aussi des polynévrites.

Mais, de même que les polynévrites sont formées de symptômes et de lésions, toujours les mêmes ou à peu près, quelle que soit leur cause (alcoolisme, tuberculose, fièvre typhoïde); de même les lésions corticales que nous signalons resteront les mêmes, bien que dues à des causes variées (fièvre, infection, intoxication); il en est ainsi d'ail-

1. Communication à la Soc. de Neurologie de Paris, 6 juin 1901. M. Faure et L. Lavastine.

2. MM. MARINESCO, BALLEET et DUTIL, VAN GERUCHTEN, de BUCK, etc.

3. VAN GERUCHTEN.

4. BALLEET et DUTIL.

leurs pour les troubles fonctionnels qui les accompagnent, et qui varient peu, malgré la variété des maladies qui les engendrent (paralysies, troubles sensitifs, délire de fièvre typhoïde, délire pneumonique, etc.¹).

DISCUSSION

M. RÉGIS. — Il résulte des faits présentés par M. M. Faure que les lésions des cellules nerveuses dans les psychoses toxi-infectieuses, très nettes dans leur ensemble, n'ont pas, dans chacune d'elles, des caractères particuliers, au moins dans l'état actuel de la science.

Ce fait anatomique est à rapprocher de cet autre fait clinique, que les états toxi-infectieux ont, de manière générale, une même symptomatologie, à ce point qu'il est difficile, parfois même impossible, dans l'état actuel des choses, de distinguer un délire *exo-toxique* d'un délire *endo-toxique*. La similitude des lésions expliquerait peut-être la similitude des symptômes. Mais pour conclure absolument des lésions au délire, il serait nécessaire de démontrer, par un plus grand nombre de faits, que l'intensité des unes correspond à l'intensité de l'autre.

M. TOULOUSE. — En regardant les altérations cellulaires que M. Maurice Faure nous a présentées, je ne pouvais m'empêcher de penser que dans la paralysie générale on observe des lésions cellulaires semblables (déformation du contour, rejet du noyau à la périphérie, disparition par lacunes des grains chromatophiles, etc.). Les partisans de l'origine toxique de la paralysie générale trouveront là une confirmation anatomique de leur opinion. Pour moi, je me rallierais à cette interprétation, si je n'avais eu l'occasion de constater récemment les mêmes lésions anatomiques dans des cerveaux de malades ayant présenté durant leur vie des états maniaques et mélancoliques ne paraissant pas se rapporter aux effets de l'infection ou de l'auto-intoxication. Aussi je fais des réserves sur l'interprétation de ces lésions, qui pourraient n'être que des lésions communes existant dans la plupart des formes morbides qui atteignent l'encéphale.

1. BALLET et DUTIL, et sur les sujets déjà traités p. 261 : La cellule nerveuse et le neurone; structure et fonction à l'état normal et pathologique (Revue générale). *Gazette des hôpitaux*, 29 juillet 1899.

Les poliomyélites (Revue générale). *Gazette des hôpitaux*, 8 octobre 1898.

Atrophie des grandes cellules pyramidales dans la zone motrice de l'écorce cérébrale, après la section expérimentale des fibres de projection, chez le chien (en collaboration avec M. le professeur ag. Gilbert BALLET). *Médecine moderne*, 29 mars 1899.

Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive (en collaboration avec M. le professeur ag. Gilbert BALLET). *Presse médicale*, 50 novembre 1898.

Sur les lésions cellulaires corticales observées dans 6 cas de troubles mentaux toxi-infectieux. *Revue neurologique*, décembre 1899.

Le délire dans les maladies aiguës (en collaboration avec M. G. DESVAULX). *Médecine moderne*, août 1899.

Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépatiques. 1 vol. Ruef, édit. Paris.

Importance des lésions hépatiques dans les cas de délire au cours des maladies infectieuses. Comm. au Congrès de 1900, Paris, et *Médecine moderne*, août 1900.

Mais les faits de M. M. Faure sont intéressants en ce qu'ils tendent à diminuer le nombre des cas de folie sans lésions matérielles et à apporter un jour une pathogénie anatomique des états psychopathiques.

M. MAURICE FAURE. — Il est certain que l'on peut rencontrer des formes d'altération cellulaire semblables chez des paralytiques généraux. Comme M. Toulouse, j'ai rencontré un cas où il en était ainsi; mais, je me hâte d'ajouter qu'il y avait, dans ce même cas, bien d'autres formes de lésions cellulaires et qu'on ne peut, en aucune façon, considérer la forme de lésion cellulaire que j'ai décrite comme habituelle dans la paralytie générale. En effet, après avoir examiné, dans le laboratoire de mon maître, M. Ballet, un grand nombre de cerveaux de paralytiques généraux, je n'hésite pas à dire que si les lésions méningo-vasculaires y sont de règle, les lésions cellulaires y sont l'exception et qu'elles s'y montrent très polymorphes. M. Toulouse a peut-être étendu, beaucoup plus que je ne l'ai fait moi-même, la portée de ma description. Je crois, je suis même certain (et je fais allusion en ce moment à des faits observés, mais non encore publiés), que l'on peut trouver des altérations cellulaires corticales, et particulièrement des altérations de chromatolyse, dans bien des cas où ont existé des troubles mentaux variés, et des lésions cérébrales de différentes espèces (méningites, vascularites, etc.). Mais l'on ne peut confondre tous ces cas dans une description unique. Le terme de « chromatolyse » s'applique à des altérations cellulaires multiples dont nous commençons à peine à entrevoir la physionomie et la signification. Mon but a été seulement de montrer une de ces altérations cellulaires, dont les caractères sont très nets et très constants, comme vous avez pu le constater. Ce n'est pas seulement la déformation de la cellule, c'est le gonflement, l'arrondissement, la forme globuleuse que l'on observe, — ce qui est plus précis; — ce n'est pas seulement la migration périphérique du noyau, c'est la migration du noyau *intact* que l'on voit toujours; — ce n'est pas la disparition lacunaire des grains chromophiles, c'est la *décoloration* progressive de la cellule tout entière, commençant par le centre et allant jusqu'à la périphérie. Cette altération, exactement semblable à celle que l'on observe dans les cellules spinales, chez les malades atteints de polynévrite, est très spéciale, très caractéristique. L'on ne peut et l'on ne doit pas la confondre avec aucune autre. Elle a du reste une propriété particulière très intéressante et bien connue aujourd'hui : celle d'être une lésion transitoire et réparable.

Ces réserves faites, j'estime, comme M. Toulouse, que cette lésion peut être rencontrée dans beaucoup de cas fort différents en apparence, — précisément comme les polynévrites, qui, on le sait, se montrent chez des malades très dissemblables.

En ce qui concerne la relation de la lésion cellulaire et du trouble mental, je pense, avec M. Régis, qu'il faut réserver cette question qui ne me paraît pas pouvoir être résolue maintenant. Que ces lésions cellulaires soient de plus en plus accentuées lorsque l'état général infectieux ou toxique du malade est de plus en plus accentué et stable, — cela me paraît certain. Que les troubles mentaux semblent eux-mêmes parallèles à la gravité et à la durée de l'état général toxi-infectieux, — c'est déjà

moins certain. Que la lésion cellulaire et les troubles mentaux soient nécessairement parallèles, cela ne me paraît pas démontré.

Je n'oublie pas, du reste, que les observations que j'ai faites ont porté principalement sur les grandes cellules pyramidales paracentrales, les plus faciles à examiner, et que, par conséquent, je n'affirme pas qu'il y ait lésion généralisée à toutes les cellules de l'écorce, ou même seulement aux cellules, d'ailleurs inconnues, qui sont particulièrement chargées des fonctions psychiques, si tant est qu'une semblable spécialisation existe.

Je ne peux dire que ceci : ces lésions cellulaires corticales montrent que le cerveau est atteint comme la moelle, comme les nerfs périphériques, dans les états toxi-infectieux, — ce que l'étude clinique du malade permettait à elle seule d'affirmer déjà.

En somme, nous venons de toucher à des questions très complexes, encore à l'étude, et dont, à mon avis, nous déchiffrons à peine le prélude. Il est fort intéressant assurément de chercher à soulever le voile qui nous cache encore la relation des états mentaux avec les états cellulaires corticaux, mais nous ne pouvons le faire qu'avec circonspection et sous la forme hypothétique. Le seul fait qui reste, c'est que, dans les cas que j'ai cités, les cellules pyramidales étaient certainement altérées avec un type constant, et que je n'ai rencontré cette altération que chez des malades atteints d'états toxi-infectieux, compliqués de troubles mentaux dépendant de cet état.

La séance est levée à 4 h. 1/4.

DIMANCHE 5 AOUT**VISITE DES ASILES DE MAISON-BLANCHE ET DE VILLE-ÉVRARD**

Le dimanche 5 août a été consacré à la visite des asiles d'aliénés de Ville-Évrard et de Maison-Blanche, à laquelle le Conseil général et l'administration de département de la Seine avaient convié la section de Psychiatrie, en même temps que le Congrès d'assistance publique.

La plupart de nos collègues se sont rendus à cette invitation, et à leur tête, notre président, M. Magnan; ils s'y sont rencontrés avec un grand nombre de membres du Congrès de l'Assistance publique, sous la direction de M. le docteur Thulié, secrétaire général de ce Congrès.

La Commission de surveillance des asiles de la Seine était représentée par M. Athalin, président; MM. Henry Prestat et Béhenne.

La visite a commencé par le champ d'épandage, où M. le Dr Legrain a donné aux congressistes des renseignements sur le mode d'épandage et sur l'emploi des malades à la culture maraîchère.

Ils se sont rendus ensuite à l'usine centrale à triple destination, pour l'adduction des eaux de Marne, le refoulement des eaux vannes et la production de l'électricité pour le service des deux asiles.

Les Congressistes ont été conduits directement à l'asile de Maison-Blanche, où M. Bonnier, Directeur de l'asile, a expliqué en quelques mots quels étaient la disposition générale et le fonctionnement des services.

Le Dr TAGUET, prenant ensuite la parole, a signalé au Congrès les principales innovations réalisées dans le cinquième asile, telles que : la suppression des murs et des sauts-de-loup, remplacés par des gril-lages incurvés; l'installation de lavabos en nombre égal à celui des malades, affectés individuellement à chacun d'eux; la création d'un réfectoire central, où peuvent être conduits tous les malades valides, et où ceux-ci peuvent se grouper par petites tables; l'organisation d'une salle de jeux à l'extrémité du quartier; la suppression des anciens lits à bateau ou à galerie destinés aux gâteuses; la création d'un cercle pour le personnel secondaire, ainsi que les perfectionnements dans l'installation des infirmeries.

Il a ajouté qu'un quartier de cellules avait été construit au Cinquième Asile, mais que ces cellules ne devaient pas être utilisées en tant que service spécial de traitement, mais être employées seulement

par intervalles de temps limités, et principalement la nuit, dans le cas d'isolement indispensable.

M. MORIN-GOUSTIAUX, architecte de l'asile, a donné des renseignements techniques sur la construction des bâtiments et le fonctionnement des services de chauffage, d'éclairage et d'évacuation des eaux. D'après ces renseignements, il a évalué à 6000 francs le coût du lit dans le nouvel asile.

Les Congressistes ont pénétré alors dans l'asile, et, après avoir traversé les bâtiments de l'Administration, se sont arrêtés au parloir où le docteur Magnan, Président du Congrès de psychiatrie, a expliqué que les bâtiments actuellement construits seront complétés par de nouveaux pavillons pour alcooliques et épileptiques femmes, qui affecteront la disposition dite « en ordre dispersé », et qui constitueront dans les asiles de la Seine une innovation des plus intéressantes.

Il montre sur le plan la disposition intérieure de deux de ces pavillons, l'un de 40, l'autre de 50 lits.

Après le déjeuner, les Congressistes ont visité la maison spéciale de santé où M. le D^r Legrain, prenant la parole pour le docteur Sérieux, empêché, leur a expliqué les conditions dans lesquelles fonctionne cet établissement.

Les explications sur l'organisation de l'asile de Ville-Évrard ont été fournies par le docteur Febvré, dans son service des femmes, et par le docteur Legrain, médecin du service spécial des alcooliques. M. Febvré a signalé spécialement les appareils qu'il a fait installer dans son service en vue notamment des soins gynécologiques et de l'alimentation à la sonde. M. Legrain a donné un tableau d'ensemble du mouvement de son service d'alcooliques; il en a montré toutes les particularités intéressantes et exposé sa méthode curative: en même temps il a rendu hommage à l'impulsion donnée au traitement des alcooliques par son éminent prédécesseur dans le service, M. Marandon de Montyel.

Au déjeuner, M. CHÉRIOUX, Président du Conseil général, a ouvert la série des toasts par le discours suivant :

Messieurs,

C'est un grand honneur pour le Président du Conseil général de la Seine de venir, au nom de cette assemblée, souhaiter une cordiale bienvenue aux membres du Congrès de psychiatrie, qui n'ont pas voulu poursuivre leurs travaux sans visiter l'asile de Ville-Évrard et le nouvel asile de Maison-Blanche.

Je remercie également de tout mon cœur les membres du Congrès

d'assistance publique et de bienfaisance privée, qui, en venant ici, ont montré qu'ils entendaient ne pas séparer les aliénés de la masse profonde des déshérités auxquels s'adressent leur sympathie et leurs soins empressés.

Le premier de ces Congrès a à sa tête l'éminent docteur Magnan, dont la science et la bonté ont apporté tant de soulagement dans le triste sort des malheureux qui sont soignés dans nos asiles.

M. Casimir-Périer, avec le prestige de sa haute situation, a bien voulu accepter de présider le second, on sait avec quelle compétence et quel dévouement. Je suis heureux aussi de saluer comme secrétaire général de ce Congrès le savant docteur Thulié, un ancien collègue du Conseil général où il a laissé, avec d'excellents souvenirs, de lumineux rapports, notamment sur les questions d'assistance, qui sont toujours consultés avec fruit par ses successeurs.

Nous sommes, Messieurs, d'autant plus fiers de vous recevoir ici que nous sommes persuadés que vous sortirez convaincus qu'au département de la Seine rien n'est négligé quand il s'agit d'apporter la guérison, si c'est possible, ou tout au moins de notables améliorations dans le traitement de l'aliénation mentale.

Sur un budget ordinaire s'élevant à 28 millions, le Conseil général consacre plus de la moitié, soit 17 millions et demi, à l'assistance publique sous toutes ses formes et 5 millions et demi au service des aliénés ; mais il ne se borne pas à délier les cordons de la bourse, et, après avoir fait appel au concours de l'Administration et du corps médical, toujours prêts à répondre à son appel et dont il se plaît à reconnaître tout le dévouement et toute la science, il ne cesse de rechercher, soit par des voyages à l'étranger, soit par de sérieuses études, toutes les modifications qui peuvent être introduites dans le fonctionnement des asiles pour le plus grand bien-être des aliénés.

C'est ainsi que depuis 1889, date à laquelle une visite analogue à celle-ci a eu lieu, de nombreux progrès ont été accomplis dans l'œuvre d'hospitalisation des aliénés. Je citerai notamment la création de colonies familiales réalisées à Dun-sur-Auron dans des conditions qui ont été particulièrement appréciées des nombreux médecins étrangers qui ont visité cette colonie où sont hospitalisés aujourd'hui 700 malades femmes. Cette expérience ayant réussi, le Conseil a décidé l'ouverture près de Dun-sur-Auron, à Ainay le-Château, d'une nouvelle colonie qui serait, celle-là, affectée aux hommes ; elle vient de recevoir ses premiers malades.

Ainsi va se continuer l'œuvre qui a pour but de faire échapper de plus en plus les aliénés à la contrainte des méthodes anciennes.

D'accord en cela avec les tendances humanitaires, les derniers progrès de la science tendent à donner plus de liberté aux aliénés, à les traiter de plus en plus, non comme des prisonniers, mais comme des malades ordinaires.

C'est suivant ces données qu'est installé le nouvel asile de Maison-Blanche dont une première partie, affectée aux femmes, vient d'être ouverte, ainsi que vous avez pu le voir ce matin.

Si c'est le destin de toute civilisation d'être suivie dans sa marche, comme le dit un éminent aliéniste, le docteur Paul Garnier, par la folie

qu'on voit s'attacher à elle comme un parasite, il est réconfortant de penser que la science et l'humanité s'unissent constamment en de généreux et persistants efforts pour enrayner le mal, et y parviennent souvent.

Le Conseil général de la Seine a la conscience de bien tenir son rang dans cette noble lutte; il est secondé ici en particulier par d'habiles directeurs et par de savants médecins, les docteurs Legrain, Marandon de Montyel, Febvré, Taguet, dont les noms et les travaux vous sont certainement connus.

Merci de nouveau, Messieurs les membres du Congrès, d'être venus nous visiter de tous les coins de la France et de l'Europe. J'espère que votre impression sera digne du rang de Paris, de la France et de la République.

Je lève mon verre à votre santé.

M. LE ROUX, directeur des affaires départementales, s'est exprimé comme suit :

Mesdames, Messieurs,

M. le Préfet de la Seine, retenu à Paris, m'a chargé de le représenter aujourd'hui et il regrettera certainement de n'avoir pu se trouver parmi vous; car il eût été touché de votre empressement à visiter les deux importants établissements départementaux de Ville-Évrard et de Maison-Blanche.

Dans le discours qu'il vient de prononcer, M. le Président du Conseil général insistait, avec l'autorité qui s'attache à ses fonctions, sur ce sentiment de pitié et de bienfaisance qui prend de plus en plus de place dans les préoccupations des pouvoirs publics et des hommes d'étude. Il semble que le savant ait compris qu'il doit toujours être doublé d'un homme de pitié: savant pour guérir, il faut qu'il sache consoler quand la guérison n'est pas possible. Cette préoccupation, je la retrouve dans ce fait que le Congrès d'assistance publique a tenu à se réunir au Congrès de psychiatrie pour cette visite: celui-ci s'occupant d'apporter aux malades la guérison, celui-là de soigner jusqu'à la mort ceux qui ne peuvent guérir.

Adoucir le sort des aliénés et, pour y arriver, leur donner les attraites de la vie ordinaire, c'est ce que nous avons cherché en édifiant le nouvel asile que vous avez bien voulu visiter. Les malades, réunies à l'heure du repas, dans cette salle, par petits groupes, trouvent, en quittant le réfectoire, des jeux divers: elles ont ainsi l'illusion de n'être pas enfermées.

Dans le même ordre d'idées, vous remarquerez la suppression de l'ancien uniforme adopté pour les aliénés, longtemps maintenu en usage pour la raison qu'il permettait de reconnaître plus facilement les malades évadés: désormais nos hospitalisées auront plusieurs types d'étoffe entre lesquels elles pourront choisir.

Le seul aspect de l'asile nouveau, avec ses grillages à peine perceptibles, comparé à celui des asiles anciens, aux hautes murailles, démontre par lui-même quels progrès ont été réalisés dans ce sens d'une hospitalisation plus large des aliénés. Quiconque a fréquenté quelque peu les

aliénés sait, en effet, quelle est l'idée fixe qui les domine; leur grand malheur est de ne pas vouloir admettre qu'ils sont malades : c'est aussi, il faut bien le dire, la pensée qui les aigrit et les pousse à l'ingratitude envers les médecins et le personnel qui ont pris à tâche de les guérir ou d'améliorer leur sort.

Mais la réponse que l'on n'a pas à attendre des malades, c'est vous, Mesdames et Messieurs, qui l'apportez aux médecins des asiles, à l'Administration, à tous ses collaborateurs. C'est vous qui les encouragez et les récompensez; et en vous en remerciant du fond du cœur, je lève mon verre en l'honneur des Congrès internationaux de psychiatrie et d'assistance publique et de bienfaisance privée.

M. le docteur Magnan, prenant ensuite la parole, a d'abord remercié le Conseil général et l'Administration de leur chaleureux accueil. Il a exprimé sa gratitude envers le Préfet de la Seine, le directeur des Affaires départementales et le Président de la Commission de surveillance des asiles. Parlant ensuite du personnel médical, il a fait l'éloge des docteurs Marandon de Montyel, en qui il salue l'un des premiers partisans du système du non-restraint; Legrain, l'un des apôtres de l'antialcoolisme; des docteurs Febvré, Sérieux, et du docteur Taguet, organisateur du nouvel asile de Maison-Blanche.

M. le docteur Thulié, secrétaire général du Congrès d'assistance publique, s'est levé ensuite. Il a fait ressortir l'intérêt évident du rapprochement entre les deux Congrès d'assistance et de psychiatrie, l'assistance étant inséparable de la science; il a remercié de leur collaboration les doctresses présentes, qui, a-t-il dit, apportent le charme et la grâce dans les discussions du Congrès.

M. le docteur Mello Reis, Président d'honneur du Congrès de psychiatrie, a porté, au nom des médecins étrangers, la santé du docteur Magnan.

Mme la doctresse Tarnowska, en quelques très aimables paroles, s'est associée à ce toast.

M. le comte Louis Skarzynski, délégué du ministre des finances de Russie, a pris la parole à peu près en ces termes :

C'est au nom des étrangers qui ont pris part à la visite de l'établissement de Maison-Blanche que nous vous remercions de nous en avoir fait les honneurs. Au cours de cette visite, deux choses nous ont surtout frappés : le soin pris de multiplier les conditions de bien-être pour les aliénés et celui de leur assurer la plus grande part de liberté compatible avec leur état. Il est tout juste que, dans un pays qui a proclamé le premier les droits de l'homme, le souci de la dignité humaine se traduise aussi bien vis-à-vis de ceux qui, ayant perdu l'esprit, ont conservé du moins l'âme de l'homme.

A un point de vue plus particulier, en tant qu'intéressé par mon gou-

vement à la lutte contre l'alcoolisme, et chargé de le représenter à ce point de vue à l'Exposition universelle, je ne peux que féliciter ici les représentants en France du même combat. Je bois à la santé de M. le docteur Magnan et des médecins des asiles de Maison-Blanche et de Ville-Évrard.

Le docteur Stozarwski a prononcé un toast au nom des jeunes médecins russes.

M. Atthalin s'est associé chaleureusement aux remerciements qui venaient d'être adressés à nos hôtes étrangers. Il a tenu à exprimer devant eux la gratitude de la Commission envers le Conseil général de la Seine, dont la main, a-t-il dit, s'ouvre si large et si généreuse chaque fois qu'il s'agit de soulager la misère ou la souffrance. Il a levé son verre en l'honneur de M. le Préfet de la Seine.

LUNDI 6 AOUT*Séance du matin.*Présidence de **M. MAGNAN**

SOMMAIRE : Éloge du professeur Korsakoff, par M. Ant. RITTI ; M. Bajénoff. — Troisième question. Thérapeutique : De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés. Rapport de M. KORSAKOFF (de Moscou) ; résumé, par M. SERBSKY (de Moscou). — Rapports de MM. CLEMENS NEISSER (de Leubus) ; J. MOREL (de Mons). — L'alitement en aliénation mentale, par MM. MAIRET et ARDIN-DELTEIL. — L'Open-Door et le traitement au lit dans la République Argentine, par M. D. CABRED. — Discussion : MM. DOUTREBENTE, CLEMENS NEISSER, Marcel BRIAND, TSCHISCH, MAGNAN. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

TROISIÈME QUESTION : THÉRAPEUTIQUE.

**DE L'ALITEMENT (REPOS AU LIT)
DANS LE TRAITEMENT DES FORMES AIGUËS DE LA FOLIE
ET DES MODIFICATIONS QU'IL POURRAIT ENTRAÎNER DANS L'ORGANISATION
DES ÉTABLISSEMENTS CONSACRÉS AUX ALIÉNÉS**

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, la séance d'aujourd'hui doit être consacrée à l'intéressante question de l'alitement dans le traitement des psychoses aiguës. Je suis certain d'être l'interprète de tous les membres du Congrès en donnant la parole tout d'abord à notre secrétaire général, M. Ritti, qui, sur le désir exprimé par le Comité d'organisation, se fait un pieux devoir de rappeler la mémoire du bien regretté rapporteur, M. le professeur Korsakoff (de Moscou).

ÉLOGE DE M. LE PROFESSEUR KORSAKOFF (DE MOSCOU)par **M. Ant. RITTI**,

Secrétaire de la section.

MESSIEURS,

La mort implacable et cruelle frappe souvent de ces coups imprévus qui jettent dans la stupéfaction, quelque habitué qu'on soit à ses terribles et sinistres caprices. Notre distingué collègue, le professeur Korsakoff, de Moscou, venait d'écrire les dernières lignes du rapport qu'il nous destinait ; il se faisait une joie de venir défendre dans cette

réunion des idées qui lui étaient chères, lorsqu'un mal inexorable le terrassa et, en quelques jours, l'enleva à l'affection de sa famille, de ses amis et de ses élèves qui l'adoraient, à la science qu'il honorait de ses travaux. Il avait à peine quarante-six ans.

Le Comité d'organisation de la Section de psychiatrie et son éminent président, vivement émus de cette perte cruelle, m'ont chargé de rendre, en cette séance même où il devait prendre la parole, un solennel hommage au savant et regretté collègue qui, malgré de nombreuses et absorbantes occupations, nous avait offert spontanément de s'associer à la tâche que nous avions entreprise.

Je n'ai vu qu'une fois Korsakoff et j'ai gardé de lui le plus vivant souvenir. C'était au Congrès international de médecine mentale de 1889. Je le vois encore m'aborder d'un air modeste, presque timide; une intelligence vive et aiguisée, une bonté et une douceur inaltérable se reflétaient sur sa physionomie si caractéristique; c'était une nature de savant et d'apôtre qui attirait et charmait à la fois.

Il venait me présenter un manuscrit et sollicitait, pour le communiquer, un tour de faveur qui lui fut accordé. Vous connaissez tous, Messieurs, ce travail capital et qui fait époque dans notre science: il est intitulé simplement: « Sur une forme de maladie mentale combinée avec la neurite multiple dégénérative. » Sa lecture souleva les applaudissements les plus sympathiques pour l'auteur et pour son œuvre; le savant distingué qui présidait la séance — c'était le professeur Benedikt, de Vienne — avec son savoir étendu et sa compétence incontestée, apprécia en ces termes ce mémoire d'une si haute originalité: « Nous remercions M. le docteur Korsakoff de son intéressante communication. Il a apporté une importante contribution à cette opinion qui considère la pathologie mentale comme une collection de lésions cérébrales et médullaires ». Ce jugement a été ratifié par le corps médical: sur la proposition de M. le professeur Jolly, de Berlin, on ne connaît plus que sous le nom de « maladie de Korsakoff », le syndrome pathologique dont la description devait projeter une si vive lumière sur certains points de pathologie mentale.

Notre regretté collègue n'était, à cette époque, que *privat docent*, chargé du cours des maladies mentales de l'Université de Moscou. Deux ans après, en 1891, il fut nommé professeur et directeur de la clinique psychiatrique. Il eut l'honneur de fonder l'enseignement des maladies mentales dans l'ancienne capitale de la Russie, d'y créer un service d'aliénés modèle, de former une pépinière d'élèves, tous ses disciples dévoués, dont la plupart appliquent aujourd'hui dans les asiles d'aliénés du vaste Empire les généreuses théories du Maître sur le traitement et l'assistance des infortunés malades confiés à leurs soins.

L'œuvre scientifique de Korsakoff est considérable; elle est universellement estimée. Il y faut faire deux parts: l'une a pour but de faire connaître l'ensemble de la science; l'autre comprend un certain nombre de mémoires où des problèmes, encore obscurs ou mal déterminés, sont abordés et parfois résolus avec un véritable esprit scientifique.

En bon enseignant, Korsakoff comprit qu'il fallait d'abord présenter à son auditoire le bilan actuel de nos connaissances en pathologie mentale. Ce tableau, il le traça de main de maître, avec une grande vigueur de touche; son érudition étendue et sa grande probité scientifique lui firent rendre justice pleine et entière à nos prédécesseurs, aux maîtres illustres qui nous ont si brillamment ouvert la voie, dont les leçons sont aussi nos guides les plus sûrs pour la marche en avant, pour étendre de plus en plus notre savoir et diminuer d'autant le domaine de l'irritant inconnu, cette « sphère infinie », dont, selon le mot de Pascal, « le centre est partout, la circonférence nulle part ».

Le succès répondit aux efforts de notre regretté collègue : les deux volumes où se trouve condensé son enseignement sont devenus classiques : ils se trouvent entre les mains de tous les étudiants russes : l'un, le *Manuel de Psychiatrie*, œuvre surtout didactique, où les matières se suivent avec cet ordre, cette méthode qu'on est accoutumé de trouver dans tout traité de pathologie; l'autre, le *Cours de Psychiatrie*, plus vivant, plus alerte, où l'on sent davantage la personnalité de l'auteur, développant ses idées propres autant que celles des autres. Mais quelles que soient leurs dissemblances, ces deux ouvrages ont un caractère commun : ils sont fortement pensés et écrits clairement, répondant ainsi à leur destination, qui n'est autre que d'initier une jeunesse curieuse et ardente de s'instruire aux difficiles et délicats problèmes de la psychologie morbide.

C'est dans les recherches personnelles, qu'elles soient faites dans le laboratoire ou au lit du malade; c'est dans les mémoires où elles sont consignées, qu'on trouve surtout l'originalité de l'observateur. Là encore, Korsakoff occupe un rang des plus distingués. Nous avons déjà parlé de sa belle découverte de cette cérébropathie spéciale liée à la polynévrite dont il a donné une description si magistrale, sujet qu'il poursuivit toute sa vie avec ardeur, recherchant les observations, multipliant les autopsies, sans cesse à la piste de preuves nouvelles.

Les relations des lésions nerveuses produites par les agents toxiques avec les perturbations cérébrales étaient en effet son étude de prédilection. Dès 1887, il publiait une monographie très importante sur la paralysie alcoolique, où la question est, sinon épuisée, du moins mise au point et exposée avec tous les développements qu'elle comporte.

Depuis, selon les hasards de la clinique, dont il savait tirer un merveilleux profit, notre savant collègue étudia dans des mémoires distincts et qui furent très appréciés, les troubles mentaux liés à la paralysie alcoolique, la paralysie spinale alcoolique, la forme polynévritique des psychoses post-typhiques, etc. Dans tous ces travaux on trouve l'exactitude de la méthode, ce sens de l'analyse, cette sagacité d'observation qui fait les grands cliniciens.

Ces brillantes qualités d'esprit, entretenues et affinées en quelque sorte par un constant usage, Korsakoff les appliqua avec succès à l'étude des questions si délicates et encore si obscures de la psychologie normale et morbide. On lui doit dans cette direction un travail très apprécié sur les troubles pathologiques de la mémoire et leur diagnostic, un autre,

très suggestif, sur le libre arbitre ; mais celui qui devait mettre un sceau à sa réputation de fin et sagace observateur est une étude de la psychologie des microcéphales : tout le monde s'accorde à dire qu'elle est un modèle du genre. Une seule petite malade — mais dont toutes les fonctions nerveuses furent analysées avec un soin minutieux — permit à Korsakoff d'établir les éléments psychiques qui restent en activité dans ces états de dégénérescence cérébrale. C'est que notre regretté collègue n'était pas de ces médecins qui s'imaginent faire de la science en accumulant les faits sans les peser. Cette passivité ne pouvait satisfaire l'activité de son esprit qui avait besoin d'aller au fond des choses, de tirer des observations tout ce qu'elles contiennent.

Grand par l'intelligence, Korsakoff était encore supérieur par le cœur. Sa douceur, sa bienveillance et, aussi, sa bienfaisance n'avaient pas de bornes. Ses amis, ses élèves, tous ceux qui l'ont connu et approché nous le montrent comme un adepte fervent de « la religion de la souffrance humaine » ; mais sa foi ne se dépensait pas, comme chez d'autres, en paroles vaines et creuses : elle était agissante, parce que sincère.

« Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir. » Cette belle maxime d'Esquirol, Korsakoff semble en avoir fait sa devise, car toute son existence la justifie. Tout ce qui pouvait améliorer le sort de ces infortunés malades, tout ce qui pouvait contribuer à leur guérison, était essayé dans son service à Moscou, et de là se propageait dans les asiles de province ; c'est ainsi que lui est due l'introduction, dans les établissements d'aliénés de Russie, du non-restraint et l'abolition des cellules de force. C'est lui aussi qui souleva dans son pays la difficile question de l'assistance des aliénés à domicile, et celle non moins délicate du patronage des aliénés sortis guéris des asiles. Mais, en attendant que ce dernier principe fût mis en pratique — et il est loin de l'être encore en Russie, pas plus d'ailleurs que dans beaucoup d'autres pays — notre regretté collègue patronnait lui-même ses propres malades qui sortaient guéris de sa clinique psychiatrique en leur ouvrant sa bourse, en faisant de nombreuses démarches pour les placer dans des familles dévouées aux malheureux, où ils recevraient ces soins, ces attentions si nécessaires à de pauvres cerveaux blessés, à peine revenus à la raison.

La charité si discrète de notre excellent confrère s'étendait à toutes les infortunes qui venaient à lui, et elles étaient nombreuses. Étudiants pauvres, malades indigents, bonnes œuvres, il donnait partout et toujours, sans compter. Aussi, malgré une clientèle brillante, et quoiqu'il menât une existence des plus modestes, il ne laissa en quelque sorte de fortune que sa bibliothèque qu'il légua à la clinique psychiatrique de Moscou.

Le jour de ses funérailles — ce sont des détails que j'emprunte à la lettre d'un de ses amis — le jour de ses funérailles, un immense cortège se réunit à l'église de l'Université. Les étudiants voulurent porter eux-mêmes leur maître vénéré à sa dernière demeure, distante de la ville d'une dizaine de kilomètres. Plus de cent couronnes furent déposées sur

sa tombe, et de nombreux discours exaltèrent ses grandes vertus et son noble caractère.

Peu de jours après ses obsèques, la Société des aliénistes et neurologistes de Moscou et celle de psychologie, qu'il avait contribué à fonder, se réunirent en séance extraordinaire et décidèrent à l'unanimité des membres présents : 1° de créer un journal qui serait l'organe officiel de la Société des aliénistes et neurologistes et qui porterait le nom de Korsakoff; 2° de placer le buste du collègue regretté dans la salle des séances et de tenir, tous les ans, une séance commémorative en son honneur; 3° de fonder un prix Korsakoff; 4° de réunir un capital Korsakoff dont les intérêts serviraient de bourses de voyage à de jeunes aliénistes pour compléter leurs études à l'étranger. De plus, la Société de secours aux étudiants pauvres, dont il était président, ouvrit une souscription, qui, dès le premier jour, donna près de huit mille francs et qui est destinée à fonder une bourse portant son nom.

Ces faits, plus éloquents que le plus éloquent panégyrique, sont la preuve la plus éclatante des services rendus par Korsakoff à la science et à l'humanité. « La vie, a-t-on dit, c'est le temps donné pour être utile. » Le temps trop court qui fut départi à notre regretté confrère, il l'employa, en effet, utilement et noblement. Son nom, s'il demeure attaché à la découverte de quelques vérités scientifiques d'une haute portée, restera gravé au fond du cœur des nombreux amis qui goûtaient le charme de ses relations et, surtout, des nombreux infortunés qu'il combla de ses bienfaits.

Dans tous les pays la supériorité intellectuelle et la souveraine bonté sont des fleurs rares dont l'exquis parfum se répand autour d'elles pour la joie de ceux qui savent l'apprécier; mais elles semblent avoir aussi l'heureux privilège de porter au loin leur semence fécondante et de développer, partout où se trouve un terrain favorable, des fleurs semblables à elles. L'histoire de la médecine mentale de ce siècle finissant nous montre une série de ces efflorescences d'idées généreuses et élevées se développant en des pays les plus divers et engendrées les unes par les autres. C'est un spectacle consolant que cette constante lutte contre la plus cruelle des infortunes, la perte de la raison. Est-il plus noble mission que de perfectionner sans cesse nos moyens offensifs et défensifs contre ce mal terrible? Mais que l'ardeur de nos recherches ne nous fasse jamais oublier ceux à qui nous devons nos premières armes pour combattre ce fléau! Car ils furent de véritables enthousiastes du bien moral, selon l'heureuse expression de Voltaire, ces vrais grands hommes qui consacrèrent toutes les ressources de leur génie à l'étude de la folie et de son traitement: Pinel et Esquirol, en France; Conolly et les Tuke, en Angleterre; Jacobi et Ludwig Meyer, en Allemagne; Guislain, en Belgique; tant d'autres encore qu'il serait trop long de nommer, auxquels vous m'approuverez, j'en suis sûr, de joindre aujourd'hui Korsakoff pour la Russie. Tous, s'ils sont les enfants de la patrie qui les a vu naître, sont aussi, par les services rendus à la science et à leurs semblables, les membres d'une sorte d'humanité supérieure, et comme tels ils ont droit à l'admiration universelle et à l'universel respect.

M. BAJÉNOFF. — Je suis l'interprète des sentiments des médecins russes et, en particulier, des médecins moscovites, en remerciant M. Ritti de l'éloge qu'il vient de faire de Korsakoff, le chef de l'école de Moscou, un de ces hommes inoubliables, à qui est attachée une impérissable renommée pour ses travaux magistraux, autant que pour ses hautes vertus morales et civiques.

L'ALITEMENT DANS LE TRAITEMENT DES PSYCHOSES (REPOS AU LIT)

par M. S. S. KORSAKOFF,

Professeur à l'Université de Moscou.

Avant-Propos. — La question du traitement des aliénés par le repos prolongé au lit a été, ces temps derniers, l'objet de nombreux travaux. La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'alitement des aliénés commencent par faire un exposé plus ou moins complet de la littérature relative à ce sujet. Je considère ce côté de la question tellement connu ¹, que je ne m'y arrêterai pas longtemps; mais, en ma qualité de rapporteur sur le système d'alitement au XIII^e Congrès international de médecine, je tiens à exposer les quelques conclusions des auteurs russes qui se sont occupés de cette question. Ce qui m'incite à le faire, ce n'est pas seulement le fait que les travaux des auteurs russes sont moins répandus que ceux des auteurs allemands ou français, mais c'est que les asiles d'aliénés russes présentent quelques particularités qui doivent être prises en considération, lorsqu'on veut apprécier la valeur du régime de l'alitement ².

Mais avant de faire l'historique des idées qui se sont formées pro-

1. Dans la littérature française, on peut trouver les indications bibliographiques et historiques chez MM. LACOMBE, *Contribution à l'étude du traitement des aliénés par le repos au lit*, 1894; P. KÉRAVAL, *Le traitement de l'aliénation mentale par le repos au lit*, « Progrès médical », 1898, N^o 25; POCHON, *Étude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit*, Paris, 1899; P. SÉRIEUX et F. FARNABIER, *Travail et alitement dans le traitement des maladies mentales*, « Archives de Neurologie », Déc. 1899; P. SÉRIEUX et F. FARNABIER, *Le traitement des psychoses aiguës par le repos au lit*, « Semaine médicale », 11 octobre 1899; G. CLAUSSOLES, *Essai à l'asile de Pau du traitement des aliénés par le repos au lit*, Toulouse, 1899.

2. Charles Vallon et Armand Marie, *Les aliénés en Russie*, Paris, 1899.
Armand Marie, *Quelques notes sur l'assistance des aliénés en Russie et en Allemagne*, Comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologistes tenu à Marseille, 1899.

gressivement en Russie au sujet du repos au lit, je tiens à m'arrêter sur quelques points d'un caractère plus général.

Je pense qu'en étudiant cette question, il faut d'abord y distinguer deux choses : 1) le traitement par l'alitement, comme moyen thérapeutique; et 2) le système du régime d'alitement dans le sens propre du mot. Ce sont deux choses tout à fait différentes, et, selon moi, c'est précisément parce qu'une distinction suffisamment nette ne fut pas tracée entre ces deux conceptions du régime de l'alitement que bien des opinions contradictoires furent émises sur ce régime.

Depuis longtemps déjà on prévoyait que le repos au lit pouvait avoir de l'importance comme moyen purement curatif pour certains malades, les mélancoliques par exemple (Guislain). Les indications et les contre-indications de l'usage du lit en tant qu'agent curatif varièrent et se développèrent parallèlement au progrès de notre science, et il est certain que ces derniers temps on les apprécie d'une manière différente de celle d'autrefois. Ce que la question présente de nouveau et ce qui a si vivement attiré l'attention des aliénistes, ce n'est pas seulement que des indications et des contre-indications bien nettes ont été formulées pour l'application du repos prolongé au lit; c'est surtout le fait essentiel et beaucoup plus important, que, dernièrement, grâce aux indications des aliénistes allemands, l'alitement est devenu le mot d'ordre d'un système particulier, susceptible d'améliorer considérablement le traitement des aliénés.

Qu'est-ce qu'un système dans le traitement des aliénés ? C'est tout un ensemble de moyens appliqués au malade, destinés à agir sur lui, en donnant à sa maladie un cours favorable. Dans la psychiatrie actuelle, il y a plusieurs systèmes de ce genre. Le plus ancien et le plus efficace fut jusqu'ici le système du traitement moral. Les éléments dont ce système est composé variaient et varient encore; mais jusqu'à présent il a une importance primordiale. La partie la plus essentielle de ce système, depuis Pinel, réside dans l'influence du personnel médical et de son entourage sur le malade, sur sa vie psychique, son humeur, ses pensées et ses actes, et les principaux facteurs de cette influence consistent en rapports humains et intelligents envers les malades, en compréhension des besoins de l'homme mentalement malade. Si variées que soient les opinions des différents aliénistes, elles ont ceci de commun, — et c'est ce qui les distingue et les distinguait toujours des opinions de ceux qui ne s'occupent pas spécialement de maladies mentales, — c'est précisément la notion

exacte des besoins fondamentaux du malade et l'appréciation nette de ses manifestations morbides. Cette notion obligea les aliénistes à chercher différents moyens de soulager leurs malades; ils ne s'engagèrent pas toujours dans la bonne voie, s'égarèrent souvent; mais les vrais aliénistes ne perdirent jamais leur point de vue de *psychiatres*. C'est ce qui créa autour des malades cette atmosphère particulière qui leur servit de traitement, même au commencement du XIX^e siècle, où l'appareil thérapeutique était assez sévère. Maintenant que nous considérons l'usage de la camisole de force comme tellement barbare que beaucoup de jeunes médecins ne l'ont jamais vu employer, il peut leur sembler étrange que, même lorsque le « restraints » se pratiquait presque partout, la folie pouvait avoir une issue favorable, les malades guérir, et même avoir vis-à-vis de leur médecin les sentiments d'affection et de reconnaissance qui s'observent à l'heure actuelle.

Beaucoup d'entre nous ont embrassé la carrière d'aliénistes précisément au moment où le système du « No-Restraints » était en voie de s'introduire; plusieurs d'entre nous ont débuté dans des hôpitaux dans lesquels l'usage des moyens mécaniques de contention se pratiquait sur une large échelle; beaucoup de médecins de notre génération ont été forcés de combattre bien des vexations et mettre, par exemple, hors d'usage la camisole de force. Pourtant nous pouvons témoigner que, même à ce moment-là, les aliénistes étaient déjà bien utiles. Il régnait dans les asiles d'aliénés une « atmosphère » telle qu'on pouvait dire que la séquestration constituait le moyen le plus puissant dans le traitement des maladies mentales. On disait alors que les murs eux-mêmes guérissaient dans les maisons d'aliénés, en comprenant, bien entendu, que ce résultat était obtenu par l'application de tout un système issu d'une juste appréciation de l'état des malades. Cette appréciation se basait d'une part sur la connaissance de la dépendance des troubles mentaux des lésions somatiques, d'autre part, sur le savoir-vivre avec les malades, l'art d'agir sur leur volonté, leur humeur, le cours de leurs idées, et, enfin, d'abandonner à temps la maladie à elle-même, n'ayant soin que d'écartier les phases nuisibles. Plus l'organisation de ce système de l'influence morale était régulièrement développée, plus l'hôpital se montrait utile, plus nombreux étaient les cas de guérison et plus grandes l'autorité et la confiance envers le médecin en chef et tout le personnel hospitalier. Dans certains hospices pour les aliénés, l'efficacité de ce système était si grande, que l'on n'éprouvait pas le besoin d'en introduire de nouveaux, comme par exemple le système du « No-Restraints » : la seule méthode de l'influence morale paraissait suffisante pour faire

tomber la camisole de force en désuétude presque complète, sans que le médecin de l'établissement se crût obligé de reconnaître qu'il était, par principe, partisan du système du « No-Restraint ». J'explique par ce développement extraordinaire du système moral le fait que quelques aliénistes éminents affirmaient, il y a relativement peu de temps, qu'ils n'admettaient pas la nécessité de renoncer complètement à la camisole de force, bien que, toutefois, ils n'en aient jamais fait usage, pour la raison bien simple que l'organisation intérieure des établissements bien organisés qu'ils dirigeaient en rendait l'emploi inutile.

Mais il va sans dire que tous les hôpitaux étaient loin d'être dans ce cas. Le plus souvent, le système du traitement moral, qui demande une participation active du médecin, la présence d'un personnel éprouvé et la répartition régulière des malades, était insuffisant à lui seul, et c'est dans ces établissements que l'on sentait particulièrement le besoin d'introduire de nouveaux systèmes, qui assurassent des rapports plus réguliers avec les malades et une amélioration des conditions de leur vie. C'est ainsi qu'apparut le système du « No-Restraint », avec sa prétention de mettre hors d'usage tous les moyens mécaniques de contention et avec ses particularités positives qui consistent à mieux répartir les malades, à améliorer leur alimentation, à les traiter systématiquement dans des chambres isolées, etc. Le développement ultérieur des idées qui furent à la base du système du « No-Restraint » et du traitement moral a amené la création d'autres systèmes — le système « des portes ouvertes » et celui « du travail ». Mais ces systèmes ne purent être organisés ou appliqués couramment : d'abord parce qu'ils sont assez coûteux, ensuite parce qu'ils exigent, pour réussir, des vertus particulières de la part du personnel qui entoure le malade, ce qui est loin d'être partout possible. Pour cette raison, bien des hôpitaux, malgré l'amélioration générale de l'assistance et du traitement des aliénés, laissent beaucoup à désirer encore à cette heure-ci.

Or, voici que l'expérience faite dans quelques hôpitaux nous a démontré que nous possédons dans l'usage systématique du repos au lit un moyen d'améliorer la situation des aliénés, et un moyen qui ne demande pas de grosses dépenses, que l'on peut facilement employer partout, même dans les hôpitaux du type ancien très mal construits. C'est ainsi que fut érigé le système de l'alitement.

On l'a baptisé du nom de « régime de l'alitement » ou de « traitement par le séjour au lit », parce que le traitement par le lit constitue sa particularité caractéristique; mais ce serait une grande erreur de

penser que le repos au lit comprend à lui seul tout l'ensemble des moyens que ce système comporte ; il y entre, comme partie intégrante et particulièrement importante, l'organisation d'une surveillance spéciale (par exemple l'installation de pavillons d'observation, comme on le fait dans certains hôpitaux), une répartition particulière des malades, une adaptation correspondante des locaux ; mais, ce qui importe surtout dans cette méthode, c'est de ne pas considérer tout traitement par le lit comme faisant partie du régime de l'alitement, en tant que système ; il le devient seulement lorsqu'il répond à des exigences spéciales. Une des premières, c'est que le séjour au lit des malades ne doit pas être obtenu par des moyens violents ; le malade doit avoir acquis une tendance naturelle à garder le lit, et le facteur le plus puissant pour développer cette tendance est l'influence suggestive particulière du milieu. La nécessité de cette influence suggestive est précisément ce qui constitue la particularité caractéristique du régime de l'alitement en tant que système.

Je parlerai plus loin des divers procédés pour créer à l'hôpital « l'atmosphère » du régime de l'alitement, qui est aussi nécessaire pour mener à bonne fin ce système que « l'atmosphère » du système du No-Restrain, du système du travail ou des portes ouvertes. Pour le moment, je dirai qu'il s'en faut de beaucoup que tous ceux qui ont parlé du régime de l'alitement se soient bien rendu compte de la différence qu'il y a entre le repos au lit comme moyen thérapeutique et le système du régime de l'alitement. C'est ce qui explique, à mon avis, la plupart des objections qui se font à ce système.

Exposé des travaux russes.

C'est petit à petit que les aliénistes russes, aussi bien que ceux des autres pays, ont acquis la notion qu'il y a une différence entre la simple application du repos au lit dans le traitement des aliénés et le système du régime de l'alitement. La première description du régime de l'alitement, en tant que système, a été faite par le D^r A. A. Timoféïew en 1892¹. Ayant étudié la manière d'appliquer ce régime chez M. Clemens Neisser à Leubus, le docteur Timoféïew nous a décrit cette méthode de traitement, en indiquant ses avantages, qui ont été notés par M. Neisser dans son rapport au congrès de Berlin de 1890.

1. *Du traitement des aliénés au lit.* - Arch. de Psych. russe -, 1892.

A en juger par son autre article de 1896, le docteur Timoféïew a commencé lui-même, depuis cette époque, à traiter les malades par le lit à la maison d'assistance d'Alexandre III, qu'il dirige dans les environs de St-Pétersbourg. Malheureusement les aliénistes russes étaient alors encore insuffisamment préparés pour considérer l'alitement non seulement comme une méthode de traitement, mais même comme un système; c'est pourquoi le premier article du docteur Timoféïew n'a pas éveillé toute l'attention que méritait la question abordée par lui.

Le travail du docteur Govséïew qui, en novembre 1895, a fait à la Société des neuropathologistes et des aliénistes de Moscou une communication sur « Le régime de l'alitement dans le traitement des aliénés¹ », a été d'une portée bien plus grande. Le docteur Govséïew est médecin d'un hospice en province, construit il y a déjà assez longtemps et très encombré, car cet établissement ne peut refuser aucun malade venant du gouvernement très peuplé d'Ekatérinoslaw. Bien que sur l'initiative du docteur Govséïew, on eût établi près d'Ekatérinoslaw un patronage familial, l'encombrement dans cet hospice était extrême avec toutes les conséquences de cet encombrement. C'est en 1894 que M. A. Govséïew a appliqué pour la première fois le régime de l'alitement dans son service, qui contenait 200 hommes environ; il fit sortir les malades agités des chambres isolées pour les placer dans trois grandes salles, qui pouvaient également servir de pavillons d'observation, et fit mettre au lit les agités, aussi bien que les malades qui venaient d'entrer à l'asile. Le résultat fut frappant; le personnel et les malades se firent très vite aux nouvelles conditions, et, à en croire le docteur Govséïew, le service devint bientôt méconnaissable. L'agitation des malades au lit étant moins prononcée, on n'éprouvait plus le besoin des cellules, qui furent supprimées et transformées en chambres pour des malades tranquilles, mais ayant besoin d'un plus grand confort. La malpropreté disparut complètement: on ne voyait plus les individus se barbouiller de matières fécales; les attaques de la part des malades sont devenues d'une extrême rareté; la surveillance s'est améliorée; le sommeil des malades également. Le plus souvent les malades restaient couchés assez volontiers, et il n'y en avait qu'un petit nombre qui ne se prêtait pas au régime au lit. Il est vrai que le docteur Govséïew se servait assez souvent des enveloppements dans le drap mouillé et des injections sous-cutanées de duboisine, mais uniquement, dit-il, dans un

1. *Obzrenié psichiatrii* (Revue de Psychiatrie russe), N^o 5, 6, 7.

but thérapeutique. Séduit par ces résultats brillants, le docteur Govséïew s'est mis à préconiser le régime de l'alitement prolongé comme méthode élémentaire du traitement des aliénés, comme un procédé au moyen duquel on peut améliorer de beaucoup l'état des aliénés dans les hôpitaux encombrés et bannir tout à fait l'usage des cellules isolées. Cette méthode, suivant l'expression de l'auteur, « crée une nouvelle ère dans la psychiatrie, en donnant la possibilité de faire des observations cliniques suivies et d'étudier les psychoses en masse ».

La communication du docteur Govséïew a donné lieu à de vives discussions, et des objections diverses lui furent faites¹. Bien que la plupart des aliénistes qui aient assisté aux débats (MM. Bouzke, Kogevnikow, Korsakoff, Serbski, Tokarski, Yakovenko), et qui, en se basant sur leur propre expérience, étaient pour le régime de l'alitement, le docteur Govséïew leur parut trop exclusif. On lui objectait que, bien que l'on puisse, grâce au régime de l'alitement, abandonner l'isolement dans les cellules, il ne faut pas l'appliquer tout seul et négliger ainsi le régime du travail ou la société bienfaisante des malades qui ne sont pas mis ordinairement dans des pavillons d'observation, et qui, par conséquent, ne peuvent pas exercer leur influence sur les nouveaux venus; on indiquait aussi la nécessité d'établir les indications et les contre-indications au traitement par l'alitement dans les différents cas de maladies mentales, car l'application du régime au lit peut parfois être nuisible. On objectait aussi que l'engouement à outrance pour le régime de l'alitement et la tendance à le faire appliquer à tout prix, n'ayant en vue surtout que le bon ordre extérieur de l'hospice, pouvait amener des abus, le personnel pouvant être tenté de recourir à la force et à employer des procédés contraires au système du « No-Restraint ». Cependant, l'on ne vit guère par ces débats que tous ceux qui y avaient pris part se soient rendu bien compte de la différence qui existe entre le régime de l'alitement comme moyen de traitement et comme système. Vers la même époque (le 21 décembre 1895), la question du régime de l'alitement fut examinée aussi à St-Pétersbourg, dans une réunion des médecins de la clinique des maladies mentales, à propos de la communication du docteur Levchatkine². Ce dernier employait le régime de l'alitement à l'hospice dirigé par le docteur Timoféïew. Il énumère les avantages du traitement par le repos au lit, déjà connus et indiqués par le docteur

1. Procès-verbaux des séances de la Société des neuropathologistes et des aliénistes de Moscou, 1895-1896, p. 15-50.

2. *L'alitement des aliénés, comme procédé auxiliaire thérapeutique.* « Revue de psychiatrie russe », 1896, N° 10 et 12, et *Vratch*, 1896, N° 2.

Neisser et d'autres; puis, tâchant d'être impartial, il insiste aussi sur les points faibles du régime, et particulièrement sur le fait que les mesures douces ne suffisent pas toujours pour mettre en œuvre le système, et qu'il n'est pas rare qu'on soit obligé de maintenir les malades de force au lit, et employer parfois 5 à 5 infirmiers et pendant 2 à 5 jours; le corps de pareils malades se couvre souvent d'ecchymoses et de meurtrissures. Aux discussions soulevées par ce rapport ont pris part : MM. Bekhtérew, Dobrotvorsski, Ostankow, Rosenbach, Erlitzki. Les uns affirmaient que l'engouement pour ce régime était déjà en voie de passer (Rosenbach); les autres, tout en condamnant les mesures violentes dans l'application du régime de l'alitement, le considéraient comme un moyen auxiliaire thérapeutique très important; mais, — ajoutaient-ils, — il fallait se garder de l'appliquer dans tous les cas, et il fallait bien établir ses indications et ses contre-indications.

Il faut noter que bien avant la publication du travail du docteur Levtchatkine, nous avons eu l'article du docteur Timoféiew¹, où il nous expose les résultats du traitement par l'alitement qu'il avait appliqué dans son hospice (ce travail est celui où le docteur Levtchatkine a puisé plus tard les matériaux pour son mémoire). Le docteur Timoféiew semble être un adepte fervent du régime au lit; il le croit susceptible de contribuer non seulement à l'ordre dans les hospices et de produire un effet calmant sur les malades agités, mais aussi d'influencer la marche des maladies : selon lui, le nombre des guérisons a considérablement augmenté depuis le traitement par le repos au lit.

L'intérêt que les aliénistes russes portèrent au régime de l'alitement fut si vif, que les organisateurs de la section des maladies nerveuses du XII^e Congrès international de Moscou décidèrent de mettre au programme, parmi les six questions de psychiatrie, également la suivante : « La réorganisation des asiles d'aliénés par l'installation de sections de surveillance continue et par le traitement des aliénés au lit. Valeur du repos et du travail dans le traitement des maladies mentales. » Cette question ne fut pas choisie, néanmoins elle réunit les suffrages de 24 confrères étrangers et ceux de la Société des neuropathologistes et des aliénistes de Moscou.

Au Congrès des médecins russes, tenu à Kiew en avril 1896, la question du régime au lit fut également posée à la section des maladies nerveuses et mentales. C'est le docteur Govséiew qui en fut le rapporteur, et il y émit les mêmes idées que l'on trouve dans sa pre-

1. A. V. Timoféiew, *Sur la question du traitement des aliénés au lit.* - Revue de psychiatrie russe -, 1896, N^o 10, 11, 12.

mière communication¹. Priront part aux débats : MM. Bekhtérew, Greidenberg, Korsakow, Tokarski, Tschisch, Yakovenko. La plupart des assistants se prononcèrent de nouveau pour l'avantage qui peut résulter de l'introduction du régime de l'alitement. Ainsi moi-même, je signalai le fait qu'aussitôt qu'on se mit à appliquer systématiquement le régime au lit à la Clinique psychiatrique de Moscou, on a fermé les sections d'isolement cellulaire pour cause d'inutilité. D'autres ont de nouveau insisté sur la nécessité de bien formuler les indications et les contre-indications pour le repos prolongé au lit, car son application routinière pouvait ne pas convenir, sans doute, à tous les malades. Le docteur Yakovenko a démontré que dans les conditions ordinaires on ne trouvait dans les grands hôpitaux que 15 pour 100 environ de malades traités par le repos au lit, et qu'il ne fallait pas, par conséquent, que le régime en question fût appliqué au détriment des autres méthodes d'assistance, datant de plus longtemps, comme celle du régime du travail particulièrement.

Peu de temps après le Congrès de Kiew, a paru l'article du docteur Bernstein², de Moscou, où, sur mon initiative, le régime au lit s'appliquait systématiquement depuis 1895. Le docteur Bernstein signale les bons résultats habituels obtenus par le repos au lit chez les malades agités et malpropres, et sans vouloir affirmer qu'avec le régime de l'alitement les malades guérissent plus vite ou bien que le nombre des guérisons soit plus élevé, il constate cependant que tous les symptômes psychiques s'amendent et que le délire n'est pas si intense. Il pense que c'est au traitement par le repos au lit que se rattache, sans aucun doute, la transformation du type des asiles d'aliénés, qu'il simplifie les soins et rend l'entretien moins coûteux. Il termine son article : « Le régime au lit est le dernier mot du combat séculaire pour la liberté et les droits humains des aliénés ».

Au mois de septembre de la même année a été publié dans le *Vratch* un petit mémoire du docteur N. A. Yourman : « Sur la question du repos au lit des aliénés ». (*Vratch*, 1896, n° 57.) Depuis l'automne 1895, ce confrère applique le régime au lit dans la section pour les aliénés à l'hôpital militaire Nicolas, à Saint-Pétersbourg, et il constate les bons résultats constants de ce régime. Il insiste sur son effet calmant chez

1. *Journal du sixième Congrès des médecins russes*, en commémoration de N. I. Pirogoff, N° 1 et suppl. au N° 12.

2. *Sur le repos au lit appliqué au traitement des aliénés*. « *Vratch* », 1896, f. 27. (Cet article fut publié dans les *Annales médico-psychologiques*, 1897, 1.) Il convient d'ajouter que V. P. Serbski, assistant à la Clinique psychiatrique de Moscou, a démontré au Congrès des aliénistes et neuropathologistes français, tenu à Nancy, en août 1896, l'avantage du repos au lit pratiqué dans les hôpitaux russes, surtout pour des malades aigus. (*Comptes rendus du Congrès*, 1897, p. 185.)

les malades agités, surtout chez ceux qui ont été soumis au régime au lit dès leur entrée à l'hôpital.

Le Congrès de Kiew a donné lieu à toute une série de travaux relatifs au sujet en question. Au commencement de 1897, c'est le professeur Bekhtérew qui nous a fait part, dans un article « Sur le repos au lit des aliénés¹ », des résultats de ses observations concernant le régime au lit à la Clinique psychiatrique de Saint-Pétersbourg. Le régime de l'alitement a commencé à être appliqué depuis septembre 1896, à la clinique du professeur Bekhtérew, à tous les malades soignés dans la section des violents, à tous les malades à la période initiale de leur psychose, et à tous les chroniques agités. Au mois de novembre de la même année, l'auteur a formulé déjà ses conclusions sur le système, d'après ses observations personnelles. Tout en reconnaissant l'incontestable valeur du nouveau régime, l'auteur avance qu'il ne doit pas être appliqué à tous les malades en masse; en outre, ses observations cliniques lui font considérer qu'il n'est pas avantageux d'appliquer le régime de l'alitement dans des salles d'observation permanente, parce que les malades de différentes catégories s'incommodent et s'excitent les uns les autres. Aussi le professeur Bekhtérew a-t-il eu l'idée de tenir les malades au lit, tout en les plaçant dans des chambres isolées dont les portes étaient constamment ouvertes ou même tout à fait enlevées. Ce moyen est chaudement recommandé par l'auteur. D'après lui, c'est le seul qui donne la possibilité, au cours du traitement par le repos au lit, de ne pas avoir recours aux infirmiers pour contenir les malades, ce qui, selon l'auteur, est un reste du système barbare du « restraints », et déshonore les établissements où cela se pratique. Le professeur Bekhtérew dit que la différence dans l'ordre qui règne parmi les malades gardant le lit et ceux qui se trouvent dans des conditions ordinaires, est tout à fait frappante, et l'isolement dans les cellules devient complètement inutile.

Le professeur Bekhtérew a chargé les assistants de sa clinique, les docteurs A. V. Trapeznikow et V. P. Ossipow, de prendre les observations détaillées des malades soumis au régime du lit et de bien rechercher l'influence que le repos au lit exerce sur l'état psychique et physique de ces malades. Les résultats de ces observations furent publiés dans la *Revue de Psychiatrie russe*, en 1898.

Les observations du docteur Trapeznikow, prises sur 29 hommes, se terminent par les conclusions suivantes² :

1. *Obozrénie psichiatrii* (Revue de psychiatrie russe), 1897, N° 1.

2. Trapeznikow, *Sur le repos au lit des aliénés*. « *Obozrénie psichiatrii* » (Revue de psychiatrie russe), 1898, N° 5 et 4.

1. Le régime au lit, comme moyen de traitement, n'est pas un fait nouveau en psychiatrie, mais une méthode thérapeutique connue depuis longtemps.

2. Le régime de l'alitement appliqué à tous les malades étant connu et appliqué, le maintien forcé au lit au moyen du personnel surveillant ou par d'autres procédés, devient un grand pas en arrière dans l'assistance des aliénés.

3. Le point de vue purement théorique, du mélange des malades agités dans la masse des malades calmes, conduit souvent, en pratique, à un résultat inverse à celui qu'on pourrait croire *a priori*.

4. Il semble que le régime au lit ne convient point aux malades atteints de formes paranoïques; ces malades se sentent souvent beaucoup plus mal.

5. Pendant le régime au lit, le poids des malades diminue, sans qu'il y ait amélioration parallèle dans la sphère psychique.

6. Le régime au lit dispose davantage à la pratique de la masturbation.

7. Chez les malades soumis au repos au lit, le nombre des heures de sommeil dans l'espace des 24 heures est plus grand en général, mais parfois au détriment du sommeil de la nuit.

8. Le régime de l'alitement modifie peu la quantité des narcotiques ordonnés aux malades.

9. La constipation serait plus fréquente avec le régime de l'alitement qu'avec le régime ordinaire.

10. Le repos semble diminuer le nombre des cas d'agression de la part des malades; dans les salles des violents, il régnerait une plus grande tranquillité.

11. Le meilleur moyen d'appliquer le repos au lit pour les violents et les agités, c'est de le faire sans recourir à la force, et dans des pièces isolées qui ne se ferment pas.

12. L'indication de mettre les malades au lit doit être individuelle dans chaque cas.

Le docteur Ossipow, qui à la même clinique avait suivi les femmes, donne les résultats de ses observations dans son article détaillé : « La valeur thérapeutique du repos au lit des aliénés »¹. Il a fait aussi un rapport à ce sujet au Congrès des médecins russes à Kazan, en mai 1899. Le docteur Ossipow décrit 15 malades, soumises à son observation, et joint une série de tableaux qui montrent les oscillations dans leur poids, la température du corps, le pouls, la respi-

1. *Revue de psychiatrie russe*, 1898, N^{os} 4, 5, 6.

ration et le nombre des heures de sommeil. Les conclusions générales auxquelles il arrive sont les suivantes (Compte rendu du septième Congrès de l'Association des médecins russes en commémoration de N.-I. Pirogoff. N° 2) :

1. Le repos au lit n'est pas un procédé nouveau en psychiatrie ; ce qui est nouveau, c'est seulement son application systématique à un grand nombre d'aliénés.

2. Une grande partie de la littérature sur l'alitement, devenue plus considérable dans ces derniers temps, ne contient que des conclusions basées sur l'appréciation des observateurs, et non pas sur l'étude systématique de l'effet de ce régime produit sur des malades pris individuellement, et sur des formes particulières des maladies mentales.

3. L'étude systématique du repos au lit chez les aliénés a été commencée déjà par certains auteurs. Il serait à désirer qu'on fit des recherches aussi complètes que possible dans cette direction, et qu'on recueillît un plus grand nombre d'observations.

4. Dans l'application du régime au lit, les considérations administratives doivent être reléguées au second plan ; son utilité pour le malade doit primer tout.

5. L'application de ce régime par la violence doit absolument être condamnée, car il devient alors un système de « restraint » qui doit être banni de la pratique des maisons d'aliénés.

6. Doivent être condamnés également tous les moyens non indifférents et qui peuvent être appliqués au malade pour le maintien au lit (tels sont : enveloppements humides, narcotiques puissants, etc.).

7. Les indications pour le repos au lit ne sont pas encore élaborées exactement et ne portent qu'un caractère général.

8. Il est très important d'établir exactement les indications et les contre-indications, car il est démontré que le régime au lit agit différemment sur les malades, et peut leur être utile, indifférent ou nuisible.

9. Les indications pour l'application du régime au lit, en dehors des troubles somatiques, sont : l'état d'excitation du malade, ainsi que l'état de dépression, surtout s'il existe en même temps des accès d'anxiété, comme cela se voit dans la mélancolie ; ces indications sont les plus importantes sans être absolues.

10. La tendance aux actions agressives, la malpropreté du malade, l'insomnie ou le refus de nourriture sont des indications secondaires et très relatives.

11. Le repos au lit, dans beaucoup de cas, ne fait guère améliorer

le sommeil, car, si le malade dort davantage dans les vingt-quatre heures, c'est au préjudice du sommeil de nuit; d'autre part, le sommeil n'est pas profond.

12. Le repos au lit n'exclut nullement l'emploi des somnifères.

13. Le repos au lit retentit quelquefois sur les fonctions de l'intestin, en provoquant la constipation.

14. Avec le régime au lit, le malade perd souvent en poids; ce qu'il faut précisément attribuer, en grande partie, à ce régime.

15. Le repos au lit n'influe pas particulièrement sur l'appétit.

16. La masturbation est plus difficilement enrayée avec le régime de l'alitement qu'avec le régime habituel.

17. La plupart des malades se prêtent au régime au lit sans aucune contrainte, et quelques-uns d'entre eux, même très volontiers; une partie des malades, soumis à ce régime, en témoignent pendant longtemps du mécontentement; d'autres y montrent de la résistance; enfin, on ne réussit pas du tout à faire coucher quelques-uns d'entre eux.

18. Quand le malade se soumet volontiers au régime de l'alitement, cela coïncide, dans la plupart des cas, avec un effet favorable de ce régime sur la sphère psychique et physique du malade.

19. Pour pouvoir apprécier l'avantage que le malade retire de ce système, il faut prendre en considération toutes les données sus-indiquées; si ce régime agit favorablement sur la sphère psychique du malade, on peut, dans une certaine mesure, ne pas trop s'inquiéter des symptômes physiques peu favorables (constipation, chute du poids).

20. Les malades, même ceux qui se soumettent au régime d'abord à contre-cœur, finissent par prendre tellement l'habitude du lit, qu'une fois remis au régime ordinaire, ils cherchent l'occasion de rester couchés le jour, et quelques-uns d'entre eux demandent qu'on les laisse au lit.

21. Il ne faut pas faire subir aux malades ce régime pendant trop longtemps; il faut qu'ils reprennent aussitôt que possible le régime habituel.

22. L'assistance des malades malpropres, la surveillance des malades en général est plus facile avec le régime de l'alitement qu'avec le régime ordinaire.

23. Le repos au lit n'exclut pas l'isolement.

24. L'alitement doit être considéré comme un procédé thérapeutique auxiliaire, mais seulement pour une certaine catégorie d'aliénés.

25. Le repos au lit dans des chambres isolées, aux portes ouvertes,

notamment, est, dans beaucoup de cas, préférable au même repos dans des salles communes : — il arrive souvent qu'un malade qui ne veut pas rester couché dans la salle commune, le fait volontiers dans une chambre particulière. Il doit être procédé ainsi avec les malades auxquels le séjour dans la salle commune ne convient pas. C'est le cas pour ceux que ce séjour irrite, ceux sur lesquels il agit d'une façon défavorable sur l'état psychique, tels que les convalescents. Il faut aussi éliminer les malades qui agissent défavorablement sur leurs compagnons de salle.

26. L'application de l'alitement à tous les malades sans exception ne peut être justifiée d'aucune manière; il faut que ce régime soit strictement individualisé.

27. En appliquant le repos au lit, on ne doit pas renoncer, là où c'est possible, à la promenade, aux diverses occupations, aux distractions; on ne doit pas poser comme condition absolue le séjour constant au lit.

28. Il serait prématuré, pour le moment, de dire que, sous l'influence du repos au lit, la marche des psychoses soit plus rapide et l'issue plus favorable.

29. Dans le régime de l'alitement, il ne faut pas mettre ensemble les malades tranquilles et les agités, les somatiques et les malpropres; en général, la répartition des malades reste à peu près la même qu'avec le régime ordinaire.

30. Le régime au lit peut être introduit dans tout établissement d'aliénés, sans changer d'une façon essentielle le plan de ce dernier.

31. Les maisons qu'on bâtit actuellement pour les aliénés, où l'on a en vue l'application du repos au lit, ne doivent pas tout de même manquer de chambres d'isolement.

J'ajouterai que le Dr Ossipow note que sur 40 malades à psychoses aiguës, qu'il a traités par la méthode de l'alitement, il y en eut 5 de guéris.

Il est certain que les conditions des cliniques ne sont pas les mêmes que celles des grands hôpitaux : l'assortiment des malades n'est pas tout à fait le même, les moyens dont disposent les médecins de la Clinique sont plus variés, enfin les malades ne sont généralement pas nombreux. Cependant, comme nous le verrons plus loin, les conditions des cliniques ne sont pas toutes susceptibles de faciliter toujours l'application du repos au lit; bien au contraire, à la clinique, aussi bien que dans une maison de santé privée, il y a toute une série de circonstances qui entravent beaucoup le développement de ce régime, en tant que système : c'est précisément à cause du petit

nombre des malades qu'il est beaucoup plus difficile de créer, dans ces derniers établissements, cette atmosphère de suggestion réciproque qui joue un si grand rôle dans le système de l'alitement. C'est pourquoi il est très important de connaître les résultats auxquels arrivent les médecins des grands hôpitaux.

J'ai déjà cité les conclusions des D^{rs} Levchatkine, Timoféïew et Yourman, placés précisément dans des conditions à pouvoir appliquer le régime au lit dans les grands hôpitaux de l'État. Nous trouvons à ce sujet une communication du D^r Lion : « Le repos au lit¹ », où l'auteur nous rapporte les résultats de son expérience personnelle, faite pendant neuf mois de l'année 1896, à l'asile d'aliénés du Zemstvo, du gouvernement de Vladimir. Comme la plupart des hospices des Zemstvo en province, cet asile est très encombré, et exige des modifications fondamentales. Néanmoins le D^r Lion, qui est un des fervents adeptes du système de l'alitement, a réussi à l'appliquer dans son service avec beaucoup de succès, et il arrive à conclure, en se basant sur son expérience personnelle, sur celle des autres et, surtout, sur des considérations théoriques, que le repos au lit est une condition élémentaire dans le traitement des maladies mentales aiguës, que le régime agit favorablement sur la marche des psychoses et en semble activer la guérison, qu'il contribue à l'ordre, à la propreté et à la sécurité de la vie dans les asiles d'aliénés, qu'il simplifie le type des hospices, rend leur construction et l'organisation intérieure moins coûteuses, diminue la détérioration des objets et des vêtements. C'est le seul régime qui rende possible l'observation et le traitement régulier des psychoses. Il donne la possibilité de traiter les aliénés partout et dans toutes les conditions, aussi bien dans les petits hôpitaux de campagne que dans la pratique privée; il favorise, en un mot, la décentralisation de la psychiatrie. Suivant l'auteur, le régime au lit fera vite disparaître l'encombrement dans les hospices.

Des observations détaillées de la pratique des grands hôpitaux ont aussi été rapportées par deux médecins de l'hôpital de l'arrondissement de Vinnitza, les D^{rs} J. Kostetzki et A. I. Youtchenko, dans deux mémoires, parus en 1899. Ces deux auteurs puisent leurs observations dans les sections pour les agités de l'hôpital, — le premier, sur les femmes; le second, sur les hommes. Le D^r Kostetzki² donne une description assez détaillée de 75 malades soumis au régime au lit, en indiquant dans chaque cas particulier les raisons pour

1. *Archives de psychiatrie russes*, 1898, XXXII, N° 2.

2. J. A. Kostetzki, *Sur l'alitement des aliénés agités*. Questions de médecine neuropsychique (*Voprossi nervno-psychia tritcheskoï Méditzini*), tome IV.

lesquelles ce régime a été appliqué, la manière de l'appliquer et les résultats obtenus. Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

Le repos au lit est applicable presque à tous les aliénés agités; il contribue à leur apaisement psychique, ce qui est dans les psychoses aiguës le vrai but du traitement. Dans les cas chroniques il devient un moyen symptomatique, qui rend les malades plus tranquilles, souvent capables de travailler; il améliore le sommeil des agités et augmente le nombre des heures de sommeil; le poids des malades agités ne tombe pas dans la plupart des cas; on ne remarque pas chez eux de mauvaises digestions, ni de diminution de l'appétit; mais le penchant à l'onanisme deviendrait, par contre, plus grand. Le Dr Kostetzki est d'avis que les malades peuvent subir le régime de l'alitement, aussi bien dans des salles communes que dans des chambres isolées; il serait préférable qu'il y eût des chambres isolées près des salles communes pour y placer les malades particulièrement agités et dangereux; bien des malades qui ne se prêtent pas au système de l'alitement dans les salles communes, se soumettent au séjour au lit dans des chambres séparées. L'auteur est un adversaire du maintien prolongé au lit à l'aide des infirmiers; il tient aussi à ce que les portes des chambres restent ouvertes. Suivant les observations de l'auteur, les cas où le régime au lit ne peut être appliqué sans violence sont très rares.

Le Dr Youtchenko¹ arrive aux mêmes conclusions, à savoir que le régime de l'alitement présente de grands avantages dans son application au traitement des agités. L'aspect des salles y gagne beaucoup. Le nombre des manifestations d'excitation est diminué; l'ordre et la propreté, plus grands; la sécurité de même. L'auteur est cependant loin de se laisser entraîner, et ne partage nullement l'opinion de ceux qui disent que le régime au lit est destiné à changer un jour, de fond en comble, l'assistance des aliénés et à influencer même sur la construction des bâtiments des hôpitaux. Il pense que le repos au lit n'est qu'un de ces petits pas en avant que les aliénistes font continuellement; nous avons en lui un procédé auxiliaire de thérapeutique, qui trouvera une large application dans le traitement de bien des malades épuisés et aliénés qui souffrent physiquement, ainsi que dans le traitement de toutes les maladies aiguës; grâce à ce régime, les sections des agités seront converties en sections de régime au lit, où on n'aura que peu de scènes violentes.

L'auteur ne veut pas affirmer qu'en appliquant le régime de l'alite-

1. A. I. Youtchenko, *Sur la question de l'alitement des aliénés*. - *Messenger médical russe*, 1898.

ment on peut tout à fait éviter l'isolement, qu'il préfère encore au maintien forcé des malades au lit à l'aide des infirmiers.

Pour appliquer le régime en question, il conseille des salles assez grandes, contenant de 10 à 15 lits. A côté d'une série de chambres appropriées à l'isolement, il faut avoir des locaux pour les malades qui ne sont pas tenus au lit. L'auteur a calculé que pour 5 à 10 lits, destinés aux agités, il conviendrait d'avoir une chambre isolée.

La question de l'alitement des aliénés s'est tellement emparée de l'attention des aliénistes russes qu'elle a été mise à l'ordre du jour à la section des maladies nerveuses et mentales du Congrès des médecins russes, qui se tenait à Kazan en mai 1899. Les rapporteurs en furent les docteurs V. P. Ossipow et le professeur Tschisch. J'ai déjà fait connaître les conclusions du premier. Celles du professeur Tschisch sont les suivantes¹ :

1° Le régime de l'alitement ne doit pas être considéré comme un moyen thérapeutique, il n'est d'aucun effet ni sur la marche ni sur l'issue des maladies mentales; ce n'est que l'état physique qui peut servir d'indication directe pour l'application de ce régime.

2° Ce régime est très utile comme un des procédés de gouverner les aliénés : son influence bienfaisante sur la tenue de bien des malades est incontestable.

3° Le repos au lit prolongé, rigoureux, n'est pas recommandable.

4° Le régime au lit est nuisible dans les formes hébéphréniques et, en général, chez les jeunes malades incurables.

Le professeur Tschisch a basé ses conclusions sur les observations prises à la clinique psychiatrique de Iouriew (Dorpat), où le régime de l'alitement avait été introduit en août 1891. Ce régime a été appliqué au début sur une large échelle et avec une grande persévérance, mais depuis 1896, avec moins d'insistance, et dans des proportions moins larges. L'auteur ne connaît pas de cas où ce régime se soit montré un moyen de traitement, et il lui conteste absolument cette valeur; il serait, par contre, sans contredit, utile comme moyen d'assistance, mais il ne faudrait pas l'appliquer trop rigoureusement; l'auteur considère comme nuisible le maintien au lit par la force, de même l'emmaillotement et l'enveloppement dans des draps mouillés. Il ne faut pas appliquer le repos absolu pendant plus de quelques semaines, et, si le poids du malade diminue progressivement, il faut le remplacer par le repos partiel, c'est-à-dire autoriser la promenade, etc.

Les communications relatives à la question de l'alitement ont pro-

1. *Le régime au lit, ses applications et sa valeur thérapeutique.* « *Messenger neurologique* », 1899, N° 4 (*Neurologitcheskii Vestnik*).

voqué chez les congressistes un échange d'idées très animé¹. Quelques-uns d'entre eux ont paru sceptiques pour ce qui concerne la valeur du régime. Ainsi le D^r Friedland, médecin de l'asile des aliénés au Zemstvo de Penza, prétendait que ce régime n'écartait pas l'encombrement, et non seulement ne permettait pas la diminution du nombre des infirmiers, mais exigeait, au contraire, l'augmentation et l'amélioration du personnel. D'autres, comme le D^r Dobrotvorski (Saint-Pétersbourg), étaient d'avis qu'il serait prématuré, pour le moment, de se prononcer catégoriquement sur ce régime, les renseignements sur les résultats de son application dans les hospices des Zemstvos étant peu nombreux. Le D^r Zeleritski trouvait qu'on devait être mieux renseigné sur l'effet que produit le séjour au lit sur la nutrition, sur l'influence de l'air qui se trouve sous la couverture. Quelques-uns ont combattu les conclusions des rapporteurs en disant que les indications de ce régime devaient découler, non pas tant de la forme de l'affection mentale, que des symptômes et de leur intensité (D^r Trainine). D'autres, comme le D^r Soukhanow (Moscou), insistèrent sur le fait que dans certains cas on ne pouvait pas se passer tout à fait du maintien des malades, s'ils sont portés, par exemple, à se nuire. On exprimait, entre autres, le désir de mettre autant que possible en lumière les côtés négatifs du régime de l'alitement (D^r Serguéïew). Le D^r Dobrotvorski prétendait de son côté que les malades paraissent seulement être calmes sous ce régime; la tension psychique resterait chez eux la même, elle deviendrait parfois plus forte; on n'économise alors ni sur le nombre des infirmiers, ni sur les locaux. Le D^r Levchatkine a présenté les conclusions des médecins de l'hospice de Kazan. Le régime au lit n'écarterait que l'isolement qui dans bien des cas se montre plus utile que le régime lui-même. Voyant la principale indication du repos au lit dans les états psycho-physiques qui demandent une surveillance et une observation très étroites, il insiste sur la nécessité de spécifier rigoureusement les cas; il conseille de ne pas gêner les malades dans leurs promenades et s'oppose en général au maintien au lit par trop rigoureux. Quant au maintien au lit par la force, le D^r Levchatkine le croit permis dans certains cas, quoiqu'il préfère l'isolement pour les malades en fureur. Selon lui, le régime de l'alitement n'est qu'un des moyens d'assistance des aliénés, surtout dans les formes aiguës et aussi chez les chroniques en cas d'exacerbations temporaires. Les côtés négatifs du régime de l'alitement sont d'après Levchatkine les suivants: l'état d'excitation d'un malade

1. *Journal du septième Congrès des médecins russes*, en commémoration de N. I. Pirogoff, p. 214, 285 et suiv.

se communique très facilement aux autres et une excitation générale est plus difficile à enrayer et la masturbation devient plus fréquente.

Bien qu'il y eût à ce congrès des observateurs satisfaits du régime de l'alitement (Cheptéline, de Kichinew, Nikitine, de Moscou), le président de section des maladies mentales, le professeur N. M. Popow (Kazan) ne put s'empêcher de constater que les opinions des psychiatres russes sur cette question divergeaient beaucoup plus qu'au Congrès de Kiew trois ans auparavant.

Je ne puis cependant m'empêcher de noter qu'un petit nombre d'aliénistes qui avaient eu l'occasion de discuter la question à Kiew vinrent au Congrès de Kazan et que, même à Kiew, on fut loin d'être à tel point enthousiaste de ce régime, qu'on ignorât les quelques côtés défectueux de la question.

Après cet aperçu de la littérature russe relative au régime de l'alitement, je dois ajouter que c'est dans différents comptes rendus des asiles d'aliénés qu'on peut aussi puiser des renseignements sur l'application du repos au lit : dans certains asiles on l'utilise en tant que système d'assistance ; dans d'autres il constitue une mesure, employée plus ou moins souvent, et dans des cas particuliers.

De l'alitement en tant que système général et comme moyen thérapeutique spécial.

Je passe maintenant à l'examen de la question de l'alitement dans son essence même.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de le dire, le régime de l'alitement peut être utile, ou bien comme moyen thérapeutique, ou bien comme système particulier. Nous étudierons la question de ces deux points de vue.

1° PRINCIPES GÉNÉRAUX DU SYSTÈME DE L'ALITEMENT. — Lorsqu'on examine la question de l'alitement comme système, il faut se rappeler, tout d'abord, que le traitement par le lit n'entre dans ce système que comme une des parties intégrantes, ce système comprenant bien d'autres particularités, telles que : une organisation spéciale de la surveillance, une répartition particulière des malades, un programme spécial de la journée, une construction particulière des hospices, un emploi plus circonspect des moyens pharmaceutiques et hydro-pathiques, etc. Tout ceci facilite le maintien du malade au lit dans de meilleures conditions ; mais ces mesures prennent une grande

importance dans les résultats favorables d'un système d'alitement bien organisé.

Le principe fondamental du système de l'alitement doit être, comme je l'ai déjà dit, la création à l'hospice de cette « atmosphère » qui contribue à faire garder le lit aux aliénés autant que cela leur est nécessaire. L'affection de l'aliéné ne le disposant pas toujours à se coucher, la tâche paraît, de prime abord, difficile et même irréalisable. Cependant, en pratique, les choses se passent autrement : il se développe assez vite chez les malades un besoin de rester au lit sans autre contrainte qu'une impulsion morale. L'application régulière du régime de l'alitement consiste précisément à faire régner cette impulsion morale dans l'asile.

Comment y arriver? Par une bonne adaptation du local, par une répartition bien combinée des malades, des soins méthodiques de la part du personnel médical, qui doit prendre toutes les mesures nécessaires au bon fonctionnement du régime : ce personnel doit se pénétrer de la nécessité de ce régime, car sa conviction percera partout et se communiquera aux malades. Les malades seront répartis de telle manière que, grâce à une suggestion réciproque, il se développe chez eux un besoin de rester au lit. Dans ce but on met les malades agités dans la même salle que les malades atteints de stupeur, ou bien avec ceux qui recherchent le lit par le caractère même de leur maladie. Beaucoup de malades sont très portés à imiter, ce qui fait qu'une fois tombés au milieu des malades couchés, ils finissent par prendre l'habitude du lit. Un facteur assez important est le vêtement : le linge de corps, qui, seul, les recouvre, se rattache dans leur esprit à l'idée du lit et les engage à rester couchés. Le séjour au lit, à son tour, en s'associant à l'idée de maladie, provoque chez eux, jusqu'à un certain point, la conscience de leur état et par suite entraîne à des rapports plus réguliers avec le médecin et l'entourage. Pour obtenir le plus d'effet suggestif possible, les malades sont placés, lorsqu'ils ont besoin du régime du lit, dans des salles assez grandes pour contenir 4 à 6 malades au moins, et souvent jusqu'à 12 et 15.

Application pratique du régime. — Lorsque le régime de l'alitement est introduit dans un asile, on l'applique généralement de la façon suivante :

Tout entrant à l'asile, après avoir pris un bain de propreté, est conduit dans une salle, renfermant les malades qui lui conviennent le mieux par la nature de leurs psychoses, et mis au lit, n'ayant sur lui que son linge de corps. Souvent le malade se couche sans aucune résistance; mais quelquefois le besoin de se mouvoir, exagéré par la

maladie, le manque d'orientation, la peur ou la protestation contre la détention forcée, le sollicitent à s'échapper du lit. Dans la plupart des cas on parvient à le convaincre de rester tranquille, soit par persuasion, soit en le retenant doucement pendant ses élans ; parfois, malgré tout, le malade se lève brusquement et se met à marcher ou à courir : il ne faut être, dans ce cas, ni sévère, ni pédant. Il faut engager le malade à se coucher, et, le plus souvent, il n'y a pas lieu de recourir à des mesures quelque peu violentes. Il y a beaucoup de malades qui, au moindre contact, se mettent à s'agiter, à s'irriter ; il vaut mieux ne pas les toucher. Bien souvent les malades, même les plus excités, à la suite de traitements convenables, finissent, après quelques heures de remue-ménage désordonné, par se mettre au lit et ils y restent dans la suite. Quelquefois cette accalmie cesse très rapidement ; mais, même en cas d'obstination opiniâtre, il suffit de trois à cinq jours pour que les malades se fassent tellement au nouveau milieu et au lit, qu'ils ne manifestent plus de tendance à faire ce qui n'est pas permis ; bien que l'excitation continue encore sous forme de mouvements exagérés, ces mouvements ne franchissent, pour ainsi dire, pas le lit : le malade se borne à changer de place dans le lit même, à lancer des objets, causer, invectiver, cracher. Cependant, dans la plupart des cas, cette excitation d'un ordre inférieur va en diminuant petit à petit et le malade devient calme.

Maintien du malade au lit. — Mais, me demandera-t-on, que faut-il faire si le malade ne veut pas rester couché malgré tout ? Bien que des cas semblables se présentent, ils sont rares dans les asiles où le régime au lit est bien organisé. Il arrive ce qui s'est produit lors de l'introduction du système du « no restraint » dans les établissements, où la camisole de force n'étant plus en usage et où tout le personnel s'étant pénétré de l'esprit de ce nouveau système, on ne voyait plus, comme auparavant, ces formes d'excitation sauvage. Il en est de même des hôpitaux, où le système de l'alitement est bien organisé. Les mesures exceptionnelles ne deviennent nécessaires que si le système du régime au lit est appliqué d'une façon défectueuse, ou bien s'il est au début de son introduction. C'est alors qu'on est obligé — et le cas n'est relativement pas rare — de se demander ce qu'il faut faire d'un malade que l'on ne peut pas maintenir au lit sans appliquer une force notable, quelquefois même très grande.

On répond différemment à cette question ; je ne citerai les opinions que de quelques auteurs russes. Les uns croient qu'il est possible de maintenir les malades au lit à l'aide de trois et quatre infirmiers, pendant quelques jours de suite, bien qu'ils y voient un des côtés

faibles du régime de l'alitement, car les malades sont couverts par la suite d'un grand nombre d'ecchymoses dues à la lutte avec les infirmiers. D'autres considèrent le maintien forcé au lit par les infirmiers comme un reste du système barbare du « restraints », système qui discrédite les établissements dans lesquels il est mis en usage (prof. Bekhtérew et autres); ceux-ci préfèrent isoler les malades. Quant à moi, je suis d'avis de laisser au malade une certaine liberté pour quelque temps, en le gardant dans la salle commune dans le cas où il n'y a pas d'indications absolues pour le régime du lit et lorsque le malade réagit au moindre attouchement. Beaucoup de malades, après s'être familiarisés avec le milieu qui d'abord leur avait paru étrange, et avait provoqué leur colère, ne trouvant d'autre meuble à leur disposition que le lit, et voyant les autres malades couchés, se calment et se pénètrent progressivement du goût pour le lit. A quelques-uns il faut préalablement fournir l'occasion de se fatiguer par une promenade en plein air. Ordinairement il est donc possible de se passer de la moindre violence. Pour mon propre compte, je crois cependant qu'on peut admettre le maintien des malades à l'aide d'infirmiers, car il faut y recourir parfois parce que les malades se portent des coups, se font des lésions; cette contention des malades ne doit se faire que pendant très peu de temps.

L'avantage de l'alitement est si grand pour le malade lui-même, qu'il ne faut pas, selon moi, l'isoler en cellule et le priver ainsi du bénéfice du régime pour la raison seule qu'une contention, fût-elle de courte durée, porte le caractère d'une violence. Il faut avoir présent à l'esprit qu'il existe toute une catégorie de malades pour lesquels le repos au lit est absolument indiqué : ce sont précisément ceux qui sont très excités, obnubilés, atteints d'une fièvre qui peut aller jusqu'à 39 degrés. Ces malades, qui peuvent être classés comme atteints de délire aigu, dépérissent extrêmement vite, meurent même dans les cellules; tandis que, s'ils sont retenus au lit dès le début, ils s'épuisent moins et la maladie a souvent une issue favorable.

Depuis que je me sers du régime du lit chez les malades avec le complexe symptomatique du délire aigu maniaque, aucun d'eux n'est mort à la clinique, et chez la plupart la maladie s'est terminée par la guérison. En tout cas, le maintien des malades doit être confié à des gens expérimentés, qui se trouvent autant que possible sous le contrôle constant des surveillants et des surveillantes. Le maintien par les gardiens se pratique suivant les indications précises et se fait pour le plupart, non pas dans les salles communes, mais dans les chambres à part, qui diffèrent cependant du type des cellules; on

recourt à ces chambres lorsque les malades sont très bruyants et dérangent leurs voisins.

Cependant, si j'admets le maintien à l'aide des infirmiers, je le considère comme une mesure exceptionnelle. Avant d'en prendre son parti, il faut rigoureusement peser les indications qui s'imposent dans chaque cas particulier : dans beaucoup de cas, la contention ne peut qu'être nuisible et il faut l'éviter. Cela se rapporte surtout à certains malades qui ont une très grande susceptibilité au contact, ou bien à ceux qui sont sous le coup d'une extrême frayeur, provoquée par un état d'anxiété, l'incapacité de s'orienter, ou par des hallucinations terrifiantes. Quelquefois la contention peut devenir dangereuse : je ne puis m'empêcher de citer un cas, où, à la suite de la contention forcée, il s'est formé à la région sacrée, sous l'influence du frottement, une escarre qui entraîna la mort.

Lorsqu'on se décide à procéder au maintien du malade par des infirmiers, il va sans dire qu'il faut exactement enregistrer le temps de la contention et la faire cesser aussitôt que possible ; ensuite, si l'on constate que la contention, combinée aux autres moyens purement thérapeutiques, ne réussit pas à rendre le calme, on a recours à l'isolement pour quelques heures, ou pour un temps plus long. Quant à l'usage de la camisole de force, ou à quelque autre moyen pour immobiliser les malades dans leurs lits, il n'y a pas de circonstances où de telles mesures puissent être recommandées.

Quelques partisans du régime emploient, pour remplacer le maintien à l'aide des gardiens, les enveloppements de Priessnitz. Je considère que ces enveloppements ne doivent être faits qu'à la suite d'indications purement médicales de cette forme d'hydrothérapie, et non pas comme moyen de contention au lit. Il en est de même des moyens narcotiques et sédatifs puissants, tels que la duboisine ou l'hyoscine, auxquels il ne faut pas recourir non plus, sans indications individuelles. Pourtant, l'expérience nous apprend que les calmants sont généralement plus souvent donnés avec le régime au lit, cela s'explique à mon avis, non pas parce qu'ils sont donnés pour faciliter la contention au lit, mais parce que, dans ces conditions, le médecin examine le malade plus souvent et avec plus de soin et se sert des médicaments qu'il a à sa disposition.

Salles communes et chambres isolées. Importance de l'alitement en tant que surveillance. — Comme il a été dit plus haut, le régime de l'alitement réussit particulièrement bien lorsque les malades sont placés dans des salles communes, car c'est ainsi que l'influence suggestive des malades les uns sur les autres s'exerce le mieux. Ce fait explique

aussi pourquoi il est beaucoup plus compliqué d'introduire et de bien organiser le régime du lit dans les hôpitaux où chaque malade a sa chambre à part. Dans les grands hôpitaux, où il y a beaucoup de malades de différentes catégories, toutes les combinaisons dans la répartition des malades est toujours possible, et ceux-ci sont toujours plusieurs dans une salle. Cette dernière raison explique également, à mon avis, les divergences d'opinions des médecins relativement au régime du lit; beaucoup de médecins qui travaillent dans des maisons de santé privées, très bien montées, n'ont pas à se louer des résultats de ce régime, tandis que d'autres, qui pratiquent dans de vieux établissements encombrés, ne trouvent pas assez de termes pour exprimer leur satisfaction : ce n'est pas sans raison que le repos au lit est considéré comme un moyen sans pareil, précisément dans les hôpitaux encombrés. Je m'associe entièrement à cette manière de voir et je considère, comme une condition indispensable à une organisation régulière du régime de l'alitement, que les malades se trouvent dans des salles communes, et non pas dans des chambres à part. Ceci n'est pas seulement recommandé parce que l'effet suggestif y est beaucoup plus intense, mais aussi parce que dans les salles communes la surveillance des infirmiers n'est pas aussi importante que dans une chambre à part, où le malade possède une personne, spécialement préposée à son service. Je crois, en effet, que dans la question du traitement des aliénés la façon dont se fait la surveillance est d'une grande portée. Sachant par nous-même combien il est pénible de sentir un regard qui vous poursuit constamment, nous devons comprendre que très souvent nous causons de vrais supplices au malade en nous occupant trop de le surveiller. Nous ne nous donnons pas assez de peine pour remplacer la forme importune de surveillance par une autre moins pénible; ainsi combien diffère cette surveillance où vous, médecin, vous vous amusez à lire avec le malade, à jouer avec lui aux échecs, ou bien à travailler, de cette autre où l'infirmier le guette à tout instant, inquiet de chacun de ses mouvements, de ses gestes les plus insignifiants! J'ai choisi intentionnellement ces deux contrastes pour mieux faire voir comment le procédé même de surveillance pourrait se modifier. Avec le régime de l'alitement la surveillance est en somme importante; mais, si le régime s'applique dans des salles communes, la surveillance d'un seul infirmier, portée sur un certain nombre des malades, n'est pas si importune. Dans une chambre la question devient plus compliquée.

Le grand inconvénient de l'usage des salles communes consiste en ce que les malades peuvent s'exciter les uns les autres. Or, il est

beaucoup plus difficile d'avoir raison de l'excitation qui s'empare d'une foule de malades. C'est pourquoi MM. Heilbronner et le professeur Bekhtérew entre autres estiment que le régime au lit, appliqué dans des chambres isolées, mais aux portes ouvertes, serait encore le meilleur procédé. Pour ma part, bien que convaincu que la condition fondamentale de l'heureuse application du régime de l'alitement dans les grands hôpitaux consiste en ce que plusieurs malades y sont toujours ensemble, j'admets pourtant que, dans ce cas, le malade doit incontestablement être isolé dans une chambre à part, où il est mis au même régime. C'est ce qui se pratique le plus souvent lorsqu'un malade incommode ses compagnons de salle par ses cris et ses gémissements. Bien que les partisans les plus fervents du régime de l'alitement aillent jusqu'à affirmer que l'effet d'un voisinage troublant le repos est beaucoup exagéré et que la plupart des aliénés se font très facilement aux cris de leurs voisins, on ne peut pas s'empêcher de reconnaître qu'il n'en est pas toujours ainsi. Incontestablement, on rencontre des malades auxquels un voisinage bruyant est très pénible et même préjudiciable; en outre, suivant la juste observation de Hébold¹, il y a des malades qui se calment facilement et se couchent plus volontiers dans une chambre isolée que dans une salle commune. Dans certains cas il suffirait, pour rendre nulle l'influence nuisible des voisins agités, de faire un nouveau triage des malades; on les laisse dans la salle commune, mais on met les excités à côté de ceux qu'ils peuvent le moins agacer, à savoir : les malades atteints de stupeur.

Quelquefois pourtant, on est obligé, malgré tout, de mettre les malades dans des chambres isolées, où ils doivent tout de même garder le lit. Quand il faut appliquer le régime du lit dans des chambres isolées, il ne faut pas les fermer à clef. A la clinique psychiatrique de Moscou, les portes des chambres particulières ne sont jamais fermées à clef. Quelques collègues russes, tels que le professeur Bekhtérew, non seulement laissent les portes des chambres toujours ouvertes, mais les font enlever complètement. Je ne vois pas la nécessité d'une telle mesure; il y a bien des malades, qui sont excités particulièrement quand ils voient quelqu'un passer devant eux.

Organisation des salles. — Dans l'esprit de beaucoup de ses partisans le régime de l'alitement se rattache intimement à l'idée d'un quartier d'observation permanente; quelques-uns disent que la valeur

1. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, t. XLVII, p. 690.

de ce régime en tant que système est d'établir à l'hôpital une ou deux salles d'observation pour les malades nouvellement arrivés, ou pour ceux qui ont besoin d'être surveillés de près. On ne peut pas considérer cette opinion comme absolument juste; je pense, au contraire, que dans bien des cas l'unique établissement d'une section d'observation n'est pas justifié. Si nous organisons dans des petits hospices une section d'observation permanente, pour y placer tous ceux qui ont besoin du régime au lit et de soins particuliers, nous sommes obligés de réunir dans un local, relativement restreint, des malades, qui peuvent avoir les uns sur les autres une influence nuisible et qui peuvent troubler l'ordre général. Quelques-uns, comme le professeur Rieger, de Würzburg, croient remédier à cet inconvénient en mettant des paravents, qui divisent la chambre en plusieurs compartiments; mais ce n'est là qu'un moyen palliatif. Il en est de même de l'installation de cloisons qui ne vont pas jusqu'au plafond et qui gênent plutôt la surveillance et neutralisent, dans une faible mesure, l'inconvénient de réunir dans une même chambre des malades très disparates. C'est pourquoi je crois nécessaire de consacrer au régime du lit plusieurs salles communes dans les différentes sections de l'hôpital et d'avoir, en outre, sous la main des chambres isolées, dont on peut se servir dans les cas urgents. Dans tout hôpital où il se trouve beaucoup de malades à formes aiguës, on doit avoir à sa disposition différentes sections, destinées à telles ou telles formes; mais, dans toutes ces sections, c'est le régime du lit et une bonne organisation de la surveillance qui doivent servir de base au traitement. Évidemment le procédé du traitement par le lit, sa durée, ainsi que le mode de surveillance y seront quelque peu variables. Ce sont les indications dont il sera question plus loin, qui déterminent quels sont les malades qui doivent être traités par le régime au lit et de quelle façon.

Durée du régime. — En étudiant la question de l'organisation du régime du lit, on arrive à se demander combien de temps les malades doivent garder le lit. C'est une très grande erreur de croire que ce régime exige un séjour constant au lit de tous les malades. Une des conditions de l'organisation régulière de l'alitement est de régler exactement la durée du séjour au lit: elle dépend des particularités de chaque cas, de la durée de la maladie et de toute une série de circonstances fortuites. Certains malades, et ceux-ci sont très nombreux, se trouvent bien d'un séjour au lit presque constant pendant toute la journée (régime absolu); dans d'autres cas, il faut forcer le malade à prendre l'air chaque jour pendant 2 à 4 heures (traitement « mixte »

de MM. Toulouse et Marchand¹⁾; d'autres peuvent se lever pour le dîner et le souper à la table commune; enfin, il y a toute une série de malades qui seront autorisés à passer un certain nombre d'heures, tantôt le matin, tantôt le soir, en dehors du lit, à des occupations quelconques, avec des malades qui ne subissent pas le régime de l'alitement; il y a aussi ceux qui seront autorisés à rester en dehors du lit pendant toute la journée, à la condition de se reposer un certain temps après le dîner, et après le bain.

Divers modes du régime. — Nous divisons, à la clinique de Moscou, le régime de l'alitement d'après la durée et le mode de son application :

1) *Le régime du lit absolu.* Il arrive certainement que le malade se lève de temps à autre en sursaut, se mette à marcher; mais on lui rappelle qu'il ne faut pas le faire; dans la plupart des cas, les malades, même ceux qui subissent le régime du lit absolu, sont autorisés à aller au cabinet (ayant préalablement passé leur robe de chambre) ou à se servir d'une chaise percée transportable. Seuls les malades très faibles se servent du vase au lit. La position horizontale constante n'est indispensable que dans peu de cas. Pour changer d'air dans les salles des malades qui ne quittent pas le lit, on les transfère pendant l'aération dans une autre salle, ou on les porte au plein air.

Le régime de l'alitement absolu, appliqué aux psychoses aiguës, ne doit pas être prolongé. Il faut se rappeler que, trop prolongé, il peut souvent avoir des conséquences fâcheuses. C'est pourquoi, dans la plupart des cas, tels que chez les malades très excités, mais apyrétiques, on ne l'applique que pendant quelque jours; chez les fébricitants ou chez ceux qui ont des troubles somatiques, on est obligé de le prolonger.

2) Le régime du lit, avec l'*autorisation de s'asseoir*, pendant le dîner, sur une chaise près du lit ou de la table. Les malades se couvrent alors d'un léger vêtement.

3) Le régime du lit avec l'*autorisation de promenade* une ou deux fois par jour. Avant de sortir, ils s'habillent comme il convient; une fois rentrés, ils se déshabillent et se couchent de nouveau.

4) Le régime du lit avec l'*autorisation des promenades* et d'un *séjour au salon* pendant quelques heures, entre le dîner et le souper, et pendant le repas : la durée du séjour en dehors du lit, variable selon les malades, est fixée par le médecin. Les malades sont habillés comme d'habitude.

1. Toulouse et Marchand, *Contribution à l'étude de la température chez les mélancoliques, pendant la période du lever du traitement au lit.* « Bulletin médical », N° 2, 1890.

5) Le séjour au lit, le matin, jusqu'à la visite matinale du médecin. Ensuite, si ce dernier y consent, les malades peuvent rester toute la journée hors du lit. La plupart du temps ces malades, surtout dans les premiers temps, se recouchent d'eux-mêmes pendant la journée. Beaucoup le font également après le bain.

6) Le régime du lit *au minimum*, les malades étant autorisés à se lever avant la visite du médecin. C'est le cas de ceux qui sont presque guéris, ou des chroniques tout à fait calmes, qui s'occupent de travaux. Ces malades sont mis ordinairement dans des quartiers ou pavillons à part, afin que leur régime ne provoque pas de protestations de la part des autres malades.

Il va sans dire que cette application du régime du lit, depuis le régime absolu jusqu'au régime minimum, demande à être faite sans pédantisme paralysant, ni rigueur excessive : il faut toujours avoir présent à l'esprit que c'est le régime qui existe pour le malade, et non pas le malade pour le régime. Je crois nécessaire, pour un asile où la plupart des malades se rapportent à des formes aiguës, qu'ils restent tous au lit jusqu'à la visite du médecin : le repos au lit est posé ainsi dans tous les cas à la base du traitement. Il en résulte le fait suivant : bien que dans un quartier donné, celui des malades calmes par exemple, ces derniers jouissent toute la journée d'une liberté presque complète, le personnel et les malades eux-mêmes ne perdent pas la notion de la nécessité du régime du lit, en tant que système. On voit donc que, suivant mon interprétation, le régime du lit, érigé en système, ne cesse d'exister dans l'asile alors même que, les conditions étant particulièrement favorables, plusieurs malades sont levés le jour.

Il est évident que le même malade peut être soumis, selon les circonstances, tantôt à l'un, tantôt à l'autre mode d'application du repos au lit, ce qui dépend des indications et des contre-indications individuelles. Il ne faut cependant pas oublier que plus le régime du lit est sévère, moins longue doit être sa durée. Le régime de l'alitement absolu doit être même appliqué pendant un temps aussi court que possible. Dans les formes aiguës, une durée d'un peu plus de deux mois doit être considérée comme limite extrême : le régime de l'alitement sévère, qui comprend la promenade, dure, suivant les cas, d'un jour à plusieurs mois. D'après la statistique du docteur Govséïew, 88 pour 100 des malades (y compris tous les cas aigus et chroniques) ont subi le régime sévère pendant moins de six semaines, et 12 pour 100 plus longtemps.

Une des principales préoccupations, dans la question du système de

l'alitement, doit être de ne pas empêcher la mise à profit des avantages que présentent les autres systèmes. De même qu'il serait peu raisonnable, pour arriver à appliquer le régime du lit, d'attacher les malades au lit, c'est-à-dire de les priver ainsi des avantages du système du « no restraint », de même il serait préjudiciable de priver les malades, au nom du principe de l'alitement, des bienfaits que nous offrent les systèmes du régime du travail, des portes ouvertes, surtout de l'influence morale (j'entends par là l'influence du personnel médical, des surveillants, de quelques visiteurs). Mêmes réflexions en ce qui concerne enfin les occupations et les distractions bien choisies, et la société favorable d'autres malades, tels que les convalescents et les chroniques qui, considérant l'hospice comme une maison maternelle, soutiennent souvent l'autorité des médecins et des autres personnes du service. Cette influence morale est surtout puissante là où les médecins et les membres de leur famille ont la possibilité de consacrer beaucoup de temps aux malades ; ses bienfaits sont tels, que, dans beaucoup de cas où ce système ne peut pas être combiné avec le régime du lit, on se contente du premier. Dans les maisons de santé privées, bien montées et établies selon le type familial, on n'éprouve pour ainsi dire pas du tout le besoin du régime du lit, parce que l'influence morale bien appliquée donne à elle seule d'excellents résultats.

L'influence du régime du travail possède aussi, dans bien des cas, une grande portée. Aussi tous ces systèmes doivent-ils trouver place dans les asiles où existe également le régime de l'alitement. Il est très facile de régler le système de l'alitement de la manière que je viens d'indiquer ; il faut seulement se guider non seulement sur les manifestations de la maladie, mais aussi sur les indications possibles d'un autre système plus avantageux, et en rapport, par exemple, avec la saison, la variété des malades, etc. Ces raisons combattent, à mon avis, les objections faites au régime de l'alitement par plusieurs aliénistes anglais.

Je sais par expérience que le régime de l'alitement, tout en facilitant les soins et en transformant un quartier d'agités en un hôpital ordinaire, le prive en même temps souvent de mouvement, et le fait ressembler à un hôpital de somatiques, où il y aurait beaucoup de malades graves. Pour moi l'idéal d'un asile d'aliénés n'est pas celui où règne un tel calme, mais bien au contraire un établissement qui respire l'énergie, où tout le personnel réunit ses efforts à faire de la vie des malades une vie familiale au milieu de gens bons et cordiaux et où, d'une part, on trouve tout le nécessaire pour calmer et soigner, d'autre part, où l'on ne néglige rien pour donner à l'aliéné un appui

moral et éveiller l'activité de son intelligence dans une direction voulue.

En cela, je me sépare jusqu'à un certain point de mes collègues, qui voient dans le régime de l'alitement le moyen le plus puissant de traiter les maladies mentales et qui le saluent comme destiné à détruire le préjugé qui consiste à rendre les maladies mentales justiciables de mesures autres que celles en usage contre les maladies somatiques. Ce préjugé n'existe plus certes depuis longtemps chez les gens intelligents ; mais il existe cependant certains procédés propres aux maladies psychiques, et, du moment que personne ne considère comme un préjugé une diète alimentaire spéciale contre les troubles digestifs, pourquoi ne pas utiliser des moyens de réaction psychiques dans le traitement des aliénés ? L'effet psychique, d'ailleurs, est souvent un bon moyen aussi dans le traitement des maladies somatiques.

Il ne faut pas non plus perdre de vue que, dans un asile d'aliénés, qui contient des malades à formes aiguës et chroniques, il n'y en a ordinairement que 15 à 50 pour 100 qui doivent être traités par le régime du lit ; il faut donc nécessairement faire profiter ceux qui n'y ont pas recours des autres acquisitions que la science a faites, en introduisant à l'hospice le régime du travail et toute une série d'autres moyens bienfaisants. Il faut avouer que le régime de l'alitement prédispose les malades à l'inaction, au quiétisme ; mal réglé, ce régime y prédispose également les médecins. Mais cela ne devrait pas se produire. C'est ou un abus du régime du lit, ou un malentendu ; car le régime du lit bien organisé doit toujours aller de pair avec l'influence morale et le régime du travail.

Tels sont les principes généraux de l'organisation du système de l'alitement. Pour terminer l'exposition de ces principes, il ne me reste qu'à dire quelques mots en ce qui concerne la question des sujets, à qui convient le régime de l'alitement. C'est une question souvent discutée.

Il existe bien des opinions différentes là-dessus : les uns pensent qu'il est nécessaire de mettre au lit tous les malades et de les y garder pendant une semaine au moins. Cette mesure est considérée comme indispensable, parce que les renseignements relatifs à la nature de la maladie ne sont généralement pas suffisamment exacts, et l'observation attentive du malade se fait mieux ; il est en outre bien plus facile d'habituer le malade au lit, quand il y aura été mis dès son entrée, que quand il aura passé par un autre régime. D'autres disent que l'application du régime du lit, appliqué à tous les nouveaux malades sans exception, est une mesure routinière tout à fait

inutile; d'autres enfin affirment qu'il ne faut astreindre au lit que les malades agités, faibles, malpropres, ceux qui ont des tendances au suicide, etc.

Voici mon point de vue personnel : tous les malades qui se trouvent dans la section destinée au traitement y subissent le régime du lit ; mais le mode d'application du système est fixé suivant des indications variables pour chaque cas. La question de savoir s'il faut coucher tous les nouveaux malades aurait de l'importance, s'il n'y avait à l'asile qu'une seule section, celle d'observation permanente, qui contiendrait des malades, soumis au régime du lit. Mais, comme je crois qu'il est plus raisonnable d'appliquer ce régime dans *toutes* les sections de l'hospice, les malades qui viennent d'entrer sont gardés au lit, suivant les circonstances et les indications individuelles, tantôt pendant un temps très court (un jour), tantôt pendant plus longtemps.

Les avantages les plus essentiels du système de l'alitement sont les suivants :

1) Ordre et meilleur aspect des sections des malades agités : tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. Plus de scènes d'excitation sauvage, plus de coprophagie, presque plus de scènes d'agression. Les malades n'errent plus sans but dans les corridors, comme cela arrivait si souvent dans les asiles mal organisés de l'ancien temps. Il est vrai que quelques sceptiques objectent que malgré leur calme extérieur l'excitation persiste; on peut dire en tout cas que les tristes résultats des fortes excitations sont considérablement amoindris. Si bien qu'un mauvais asile peut se transformer par le régime du lit en un hospice exemplaire (Govséïew).

2) Avec le régime de l'alitement, il est possible de réduire au minimum l'isolement des malades dans des cellules, isolement dont l'effet nuisible a été signalé à juste raison par beaucoup d'aliénistes. Beaucoup d'entre eux ont réussi même à renoncer complètement à l'emploi des cellules. Ainsi le docteur Govséïew, qui dirige un asile vieux et encombré, a pu renoncer tout à fait à l'isolement dans des cellules. Il est même d'avis que ce serait précisément là le but du système de l'alitement. En 1895, quand ce système a été introduit à la clinique psychiatrique de Moscou, j'ai également cessé de me servir du quartier des cellules. A l'asile Alexandre III, on ne se sert pas non plus au quartier des hommes des cellules isolées depuis que le régime de l'alitement y a été institué (Timoféïew).

Cependant un grand nombre de mes honorés confrères, tout en reconnaissant les avantages du régime au lit, considèrent comme impossible de renoncer complètement à l'isolement. Ils préfèrent

isoler tous les malades, particulièrement les agités, qui ne veulent pas se soumettre au régime sans y être forcés, ou bien ceux qui ne peuvent pas rester dans des salles communes. Remarquons bien que lorsque, en mettant en avant les avantages du régime de l'alitement, on parle de renoncer à l'isolement, il s'agit de l'isolement *cellulaire*; l'usage des chambres à part reste en vigueur dans plusieurs cas, mais ces chambres ne portent plus le caractère des cellules, ce sont comme de petites chambres à coucher, avec plus ou moins de confort, d'où l'on peut, bien entendu, retirer au besoin les objets, qui peuvent être nuisibles au malade.

En reconnaissant avec plusieurs auteurs anglais, allemands et russes, le préjudice que porte à beaucoup de malades l'isolement dans des cellules, je considère que le système de l'alitement, qui permet de ne plus avoir recours, ou, tout au moins, bien plus rarement, aux chambres isolées, mérite par ce seul fait déjà d'attirer l'attention des aliénistes. Cependant, à lui seul, il ne peut pas toujours complètement écarter l'usage des cellules, parce que, sur un grand nombre de malades agités, il s'en trouve toujours quelques-uns, peu nombreux il est vrai, auxquels un court séjour dans une chambre isolée est préférable. Tels sont les malades, sujets à des accès subits de fureur épileptique. Au bureau d'admission de Sainte-Anne (à Paris), où passent un très grand nombre de malades violents, on a eu à recourir aux chambres isolées 8 fois sur 800 malades¹.

5) Avec ce système, les soins à donner aux malades deviennent beaucoup plus faciles. D'une part, les malades eux-mêmes se soumettent mieux à l'autorité des surveillants; d'autre part, on a toujours l'œil sur eux, ils n'ont que leur linge de corps et la couverture, ce qui les empêche de prendre la fuite, et ce qui permet de les visiter rapidement au besoin. C'est pourquoi on a moins de cas de suicide avec ce régime (Tschisch, de Dorpat). Les malades se querellent et se battent plus rarement; on les sépare, ou on les réunit aussi avec plus de facilité. On peut donner des soins plus réguliers aux malades malpropres. Le personnel s'habitue en général mieux au commerce avec les malades et devient ainsi plus utile; il est plus doux et manifeste beaucoup moins d'irritation.

Ces bons rapports pouvaient exister dans certains hospices avant l'introduction de l'alitement; mais, dans les cas d'encombrement, tout ce qui avait été acquis par de longs efforts disparaissait dans beaucoup d'asiles. C'est justement ici que le régime au lit rend de très

1. Pochon, *Étude sur le traitement des aliénés agités, par le repos au lit*. Thèse, Paris, 1899, p. 52.

grands services ; sans empêcher l'encombrement, il neutralise dans une grande mesure ses conséquences fâcheuses. Selon le témoignage du docteur Govséïew les avantages du système de l'alitement, introduit dans un hospice encombré, sont si grands, que les infirmiers en apprécient vite la valeur, bien qu'au début l'application de ce système demande de leur part beaucoup d'attention. « Nous ne voudrions pas, disent-ils, revenir à l'ancien régime. »

4) Le système de l'alitement présente l'important avantage de rendre plus facile l'observation clinique de la marche des maladies mentales. D'une part il semble que certaines maladies mentales suivent un cours plus naturel, parce que les manifestations, pour ainsi dire accessoires, qui dépendent de soins irréguliers (telles que périodes d'excitation) ne se présentent plus ; d'autre part, le malade une fois couché, est plus facilement examiné à fond. Une observation soignée et la possibilité de bien analyser les symptômes permettent à leur tour de bien formuler les indications pour l'emploi de telles ou telles méthodes thérapeutiques. Aussi le traitement des aliénés par des procédés pharmaceutiques ou hydrothérapiques variés devient-il plus régulier.

5) Quelques-uns pensent que le système de l'alitement est avantageux également au point de vue économique. D'abord il fait moins user de vêtements, fait perdre moins de linge. On a dit qu'il fallait aussi moins d'infirmiers, ce qui est à peine vrai ; car si dans une organisation régulière du régime au lit, la section est calme, un grand nombre d'infirmiers peut paraître inutile, il ne faut pas oublier que ce calme ne s'obtient que grâce à un nombre suffisant de gardes-malades. En outre il faut toujours avoir en réserve assez d'infirmiers, qui peuvent être subitement nécessaires au moment des accès. En général, lorsque l'on applique le régime du lit dans les grands hôpitaux en Russie, il ne faut pas plus d'un infirmier pour 5 à 6 malades ; même dans quelques sections, un pour trois. Il faut se rappeler, de plus, que ce n'est que quand il est appliqué d'une manière intelligente, que le régime de l'alitement n'a pas la signification du système du « restraints » ; il exige donc une participation constante d'un personnel intelligent de surveillants et de surveillantes et même des médecins.

6) Le résultat le plus important de ce régime, si on pouvait bien le prouver, serait le nombre plus grand de guérisons obtenues depuis son application. Parmi les auteurs russes, le docteur Timoféïew considère la chose comme démontrée. D'après les observations de l'hospice qu'il dirige, le nombre de guérisons a considérablement augmenté pendant les quatre années qui ont suivi l'introduction du régime du lit. D'autres

cependant ne le considèrent pas ainsi. Quoi qu'il en soit, la plupart sont d'accord sur les points suivants : les maladies suivent une marche plus modérée; certaines formes d'excitation, la fureur, deviennent très rares; les états maniaques fébriles ne sont plus mortels; le délire des malades est plus faible; beaucoup de malades se rapprochent d'après leur habitus des malades somatiques.

7) Les partisans les plus convaincus du régime de l'alitement trouvent parmi les autres avantages encore celui-ci : il économise le local et rend la construction des asiles d'aliénés moins coûteuse. Le docteur Lion avait même assuré que nous avions dans le régime au lit un moyen de soigner les aliénés chez eux, et dans de petits hôpitaux, les mêmes que pour les malades somatiques; d'après lui, ce régime peut décentraliser la psychiatrie. Je pense que c'est un peu exagéré : si jamais il y a décentralisation de la psychiatrie, ce sera le résultat, non pas du régime de l'alitement lui-même, mais du relèvement général du niveau des connaissances psychiatriques des médecins. La chirurgie offre un exemple de la chose : tandis qu'auparavant c'est aux grands centres qu'on s'adressait pour chaque opération, actuellement les connaissances chirurgicales se sont tellement perfectionnées qu'on rencontre de bons praticiens dans les coins les plus obscurs. Certes l'application de l'asepsie aux soins à donner aux opérés y a contribué pour beaucoup, mais plus encore la science et l'assurance qu'elle confère. Quant au système de l'alitement, on pourra à peine lui accorder cette importance exclusive pour la raison que son organisation, comme nous l'avons vu, exige au contraire un hôpital assez vaste; mais je ne veux point nier que ce système ne puisse aider indirectement à la décentralisation de la psychiatrie. C'est grâce à lui qu'on arrivera peut-être prochainement, par l'observation plus attentive des phénomènes morbides, à élargir le cercle exigü de nos connaissances sur le traitement des maladies mentales et à créer de nouveaux procédés pour les combattre dès leur période d'invasion.

Quant à la réduction assez considérable du coût de construction des asiles d'aliénés et de leur entretien, je ne possède pas d'éléments sérieux. Il peut cependant y avoir une certaine diminution de dépenses.

Tels sont les avantages du système de l'alitement. Les adversaires, de leur côté, appuient sur les points faibles du régime. Je dois cependant reconnaître que la plupart des objections ne tiennent qu'à un malentendu, puisqu'on discute sur des choses différentes : les partisans parlent du système du régime du lit, en général les adversaires ont le plus souvent en vue l'application routinière de l'alitement prolongé, comme moyen thérapeutique. Mais le système de l'alitement, par

son essence même, exclut la routine; il exige, bien au contraire, qu'on prenne en considération les circonstances les plus variées. Il va sans dire que les indications et les contre-indications pour le repos au lit et son mode d'application doivent rigoureusement être formulés; ce n'est qu'avec une organisation régulière de ce système que l'on peut bien poser ces indications. Un point est nettement établi : certains malades, surtout au début, dans la phase d'invasion de la maladie, se trouvent très bien du régime du lit; du moment qu'il en est ainsi, il est impossible de faire des objections contre l'application systématique d'un traitement qui obtient pareils résultats.

Désavantages de l'alitement. — Je considère que les objections les plus essentielles à l'alitement sont les suivantes :

1° Bien que plusieurs auteurs, le docteur Bernstein entre autres, considèrent que « le séjour au lit est le dernier mot de la grande lutte pour la liberté et les droits des aliénés », l'application de ce système est souvent liée à des faits, qui ne se rattachent nullement à l'idée de liberté complète, mais qui témoignent au contraire des procédés du « restraint ». En effet, le régime au lit ne va pas toujours sans une certaine violence, au moins morale. Beaucoup de malades, atteints de mélancolie anxieuse, demandent instamment à quitter le lit et il n'est pas rare de voir qu'ils cèdent difficilement aux persuasions, même douces. Ceci est du « restraint », on aura beau dire le contraire. En outre, c'est à peine si un grand hôpital peut se passer complètement de l'assistance des infirmiers pour maintenir les malades pendant un temps, même plus ou moins court. Et il y a des hôpitaux où le maintien rigoureux et prolongé au lit est suivi d'apparition d'un grand nombre d'ecchymoses, de meurtrissures, même d'othématomes, etc. C'est ce que l'on reproche au régime de l'alitement et avec raison. Mais il faut tenir compte du fait, qu'il y a dans tout système des irrégularités et des abus; que les ecchymoses ou les othématomes ne se rencontrent pas partout où le régime en question existe, ce qui prouve que ces derniers dépendent non pas tant du système lui-même que de son application défectueuse; en outre, on les observe surtout au début, lorsque ni le personnel ni les médecins ne connaissent encore les éventualités qui peuvent se présenter et n'ont pas encore acquis suffisamment d'expérience. Je ne veux pas nier cependant que ce régime, dans les meilleures conditions possibles, ne puisse aussi vexer les malades. Mais dans le traitement des aliénés, surtout dans les cas aigus, nous ne pouvons pas encore nous passer des vexations. D'ailleurs ce n'est pas uniquement dans la gêne mécanique que consiste la restriction de la liberté des aliénés, mais dans

toute une série d'autres mesures, qui provoquent des protestations et auxquelles néanmoins les aliénistes ont recours; rien que la séquestration à l'asile est très souvent l'objet de protestations véhémentes.

2° La seconde objection est qu'on n'a pas encore suffisamment élucidé la question de savoir, d'après le processus morbide, si les aliénés ont besoin, ou non, du repos prolongé au lit. On prétendait récemment que beaucoup de malades, surtout les maniaques, ont au contraire besoin de mouvement, et en plein air autant que possible. Possédons-nous une base scientifique pour changer si radicalement d'avis? Si l'on peut dire que le régime d'alitement est tout indiqué dans bien des cas de folie aiguë, surtout au début, et avec fièvre, ou dans les cas de folie post-typhique, puerpérale, etc., peut-on en dire autant de la période stationnaire de la maladie où les symptômes somatiques de la phase initiale se sont considérablement amendés et où le tableau du désordre psychique lui-même ne peut être considéré que comme un vestige d'un orage qui aura déjà passé, et non sans analogie avec le processus d'atrophie musculaire consécutive à une névrite ou une polymyélite? Nos connaissances sur l'influence des différents agents dans les processus psycho-physiologiques sont-elles vraiment suffisantes pour soumettre les malades à un alitement très prolongé? Ne serait-il pas plus prudent peut-être de formuler d'abord les indications et les contre-indications, d'élucider le côté scientifique de la question et de n'appliquer le régime au lit, comme système, que plus tard? Il est impossible de nier la valeur de cette objection; mais je me crois obligé de répéter encore une fois ce que j'ai déjà dit plus haut: à savoir, que le régime de l'alitement est incontestablement un bon moyen de traitement pour toute une catégorie de malades, mais à la condition qu'il soit appliqué systématiquement et en tenant toujours compte des indications et des contre-indications.

2° L'ALITEMENT EN TANT QUE MOYEN THÉRAPEUTIQUE. — Ceci nous amène à traiter la question du régime dont il s'agit au point de vue du séjour prolongé au lit, comme d'un *moyen thérapeutique* et non plus d'un *système*. Ici comme ailleurs les auteurs ne sont pas d'accord: c'est ainsi que plusieurs d'entre eux considèrent le repos au lit comme un moyen thérapeutique naturel dont on se sert depuis longtemps avec succès dans le traitement des maladies somatiques et que c'est à tort qu'il a été très peu appliqué jusqu'à présent dans le traitement des maladies mentales. L'alitement, disent-ils, est une mesure *naturelle* dans le traitement des maladies somatiques; il doit être également appliqué aux maladies mentales, puisqu'elles sont

aussi des maladies somatiques. Cette opinion est certainement juste, bien qu'il y ait la réserve à faire que le repos au lit ne convient pas à toutes les maladies somatiques ; il y a un grand nombre de maladies, où l'on conseille au contraire l'exercice, telles que différentes maladies de la nutrition et de l'appareil locomoteur. Pour ce qui est des maladies somatiques, nous savons depuis longtemps que dans certains cas c'est le repos qui est indiqué ; dans d'autres, le travail musculaire ; or les maladies mentales furent assimilées à ces maladies somatiques, telles que l'obésité, où le repos au lit est contre-indiqué. Mais maintenant que les observations ont démontré que souvent, surtout à la période initiale d'invasion des psychoses, il y a en même temps des symptômes d'une maladie somatique aiguë avec des troubles nets de la nutrition générale et un état fébrile, nous devons changer notre manière de voir et recourir dans ces cas-là au repos au lit comme à un moyen thérapeutique, généralement mis en usage dans les maladies somatiques aiguës elles-mêmes.

Certains auteurs pensent que le régime de l'alitement prolongé a bien une valeur thérapeutique, mais qu'il ne faut pas l'exagérer : il n'est qu'un moyen auxiliaire dans le traitement des maladies mentales. Enfin il en est qui nient complètement toute valeur thérapeutique au repos au lit. Le professeur Tschisch, le représentant de cette dernière opinion dans la littérature russe, prétend que le régime du lit n'a jamais guéri un seul cas de maladie mentale, et qu'il n'est pas même démontré qu'il puisse abréger sa durée. Ce traitement ne mérite donc pas le nom de moyen thérapeutique, et ne serait qu'un des procédés d'assistance. Pour ma part, je ne partage pas cet avis ; en effet, en admettant même que le régime du lit ne puisse pas contribuer à la guérison d'une maladie mentale ou à abréger sa durée (ce qui est loin de pouvoir être considéré comme démontré), on ne peut cependant pas contester le fait que, dans beaucoup de cas, il agit favorablement sur toute une série de symptômes, par exemple sur l'excitation motrice ; or les moyens symptomatiques ne sont-ils pas également des moyens thérapeutiques ?

Je crois donc que l'alitement est non seulement susceptible d'influer sur les symptômes de la maladie, mais aussi sur sa durée : dans certains cas de désordre psychique l'application, à temps et au début, du régime du lit peut même arrêter net le processus morbide ; dans d'autres, il abrège et modère sa marche. Comme il a été déjà dit, beaucoup de cliniciens signalent, depuis l'introduction dans les hôpitaux du régime du lit, l'absence de ces cas avec le complexe symptomatique du délire aigu ; il est vrai qu'il n'en est pas ainsi dans

tous les hôpitaux qui suivent le régime en question, mais cela tient peut-être à ce que dans certains d'entre eux on reçoit les malades alors qu'ils sont déjà dans un état très grave. Quoi qu'il en soit, même dans les cas de délire aigu, la marche en devient plus favorable. En me basant sur les observations de la clinique de Moscou, je pense que le taux de la mortalité des cas dudit délire aigu (manie suraiguë) a beaucoup baissé comparativement à ce qui est indiqué à ce sujet dans les traités des maladies mentales.

Il faut donc considérer le repos au lit plus ou moins prolongé comme un moyen thérapeutique dans le traitement des maladies mentales et en établir les indications et les contre-indications.

Indications et contre-indications. — L'alitement, ayant acquis depuis longtemps droit de cité en thérapeutique, nous aurions pu espérer trouver de nombreux renseignements précieux sur ses effets sur les différentes fonctions de l'organisme. Malheureusement nos espérances sont déçues à ce point de vue, car il y a bien peu de recherches vraiment scientifiques sur l'influence du repos au lit. On dit bien que le repos au lit, et notamment la position horizontale du corps, aurait un effet calmant sur la circulation, sur l'activité cardiaque et la respiration ; qu'il diminuerait en même temps la somme d'irritations extérieures et intérieures et mettrait ainsi l'organisme dans de meilleures conditions pour la lutte contre l'agent morbide ; qu'il agirait enfin sur la conservation de la force musculaire. Mais, jusqu'à nos jours, on ne possède pas encore des recherches suffisamment exactes, ne serait-ce que sur l'influence sur la circulation. Il existe bien toute une série d'opinions généralement admises sur l'effet du séjour au lit dans les différentes maladies somatiques, mais toutes portent le cachet d'observations purement empiriques. Nous savons que dans les troubles de l'activité cardiaque la position tranquille, horizontale, est d'un très bon effet et que si on la supprime, on risque beaucoup d'aggraver l'état du malade ; il en est de même de presque toutes les maladies organiques. Le repos au lit est encore souvent préféré à une autre position dans toute maladie fébrile ; il économise d'une part les forces du malade, de l'autre il facilite le travail du cœur.

Cependant il est impossible de dire si le repos au lit est indiqué dans toutes les maladies, sans exception : dans la plupart des maladies chroniques, il ne l'est pas du tout, ou bien il l'est, mais seulement en tant que mesure temporaire ; dans bien des cas, c'est même à l'exercice que nous devons nous adresser. Il est reconnu qu'il se développe par suite de l'alitement prolongé toute une série de phénomènes,

qui ne sont pas du tout désirables. Pour que l'activité de l'organisme soit équilibrée, il faut que le repos et le mouvement alternent, l'abus de l'un ou de l'autre peut aussi bien être nuisible à l'homme sain, qu'à l'homme malade. C'est précisément la circulation du sang et de la lymphe qui souffre par l'alitement prolongé, car il n'y a pas de doute que les mouvements musculaires ont une influence notable sur la circulation sanguine; enfin, un repos trop prolongé peut troubler encore d'autres fonctions importantes.

En raisonnant bien, on ne peut pas contester, entre autres, que le repos au lit peut avoir de l'effet sur la sphère psychique. Nous savons que les mouvements se traduisent par réflexe sur les états émotionnels; si l'on accepte les idées de M. Lange sur l'origine des émotions, on comprend que la restriction extrême des mouvements doit nécessairement retentir sur la sphère des émotions: tantôt cette action répond aux indications, tantôt elle est superflue, ou même nuisible. En outre, il y a lieu de supposer, que les états de repos et d'activité musculaire ont une action sur l'énergie de l'activité psychique en général et particulièrement sur la tension de la fonction que Wundt appelle l'*aperception active*. Ceci est loin d'être sans importance, car c'est peut-être pour cela, qu'il y a tant de cas de *démence*, dite *précoce juvénile*, dans les asiles, où l'on applique sur une large échelle le régime du lit prolongé dans le traitement des sujets jeunes. N'est-ce pas, en partie, la conséquence d'une torpeur psychique, qui résulte de l'alitement par trop sévère? Tout cela n'est pas étudié d'une manière scientifique; nous manquons complètement de recherches psychologiques, qui pourraient nous renseigner sur la différence qu'il y a dans les processus psycho-physiologiques lors du régime du lit prolongé, ou bien d'un autre régime.

Si nous possédons si peu de notions scientifiques relativement à l'influence du régime du lit sur les différentes fonctions de notre organisme chez les gens bien portants et chez les malades somatiques, nous pouvons d'autant moins attribuer une base scientifique aux hypothèses sur son influence pour les différentes fonctions vitales chez les aliénés de différents types. Pour ce qui les concerne, nous avons généralement très peu d'observations strictement scientifiques, en particulier sur le nombre d'heures du sommeil, sur l'état du pouls, la pression sanguine, la composition du sang et de l'urine, sur les modifications dans les échanges nutritifs, etc., aux différentes périodes de telle ou telle psychose. Les observations qui sont même les plus faciles à prendre, telles que la température du corps et le poids des malades, ne peuvent être non plus considérées comme suffisam-

ment complètes, sans parler des recherches psychométriques qui sont rares jusqu'à présent et portent plutôt le caractère d'un exercice que de recherches scientifiques. Comme nous ne connaissons pas bien les troubles des différentes fonctions dans les psychoses même les plus typiques, nous ne pouvons attacher qu'une valeur relative aux observations prises sur des aliénés soumis au régime au lit et qui ont trait à l'examen systématique du pouls, de la température du corps, de la fréquence de la respiration, du poids des malades, de la composition de l'urine, etc. Je dois avouer pour ma part, que, dans l'appréciation des résultats obtenus, je ne puis m'empêcher de me demander si les déviations qu'on constate appartiennent à l'effet du repos au lit ou bien au processus morbide lui-même. Quoi qu'il en soit, des recherches de ce genre, bien que très clairsemées, ont été entreprises. On connaît en France celles des docteurs Toulouse et Marchand, de M. le D^r Clausolles et de M. le D^r Lacombe; ce dernier a étudié les modifications du pouls, la tension artérielle, qui a été mesurée à l'aide du sphygmographe de Bloch. Toutes ces recherches sont malheureusement très peu nombreuses et insuffisantes.

Dans la littérature russe, on trouve le compte rendu des recherches des docteurs Ossipow et Trapeznikow, à la clinique du professeur Bekhterew. Ces auteurs se croient même autorisés à tirer de leurs observations, quoique très peu nombreuses, les conclusions suivantes : ils disent d'abord, que lors du régime au lit, le nombre des heures du sommeil dans la nuit est diminué, que les malades se mettent à maigrir et que la constipation s'établit facilement. Ils n'ont pu constater aucun effet sur le pouls, ni la température du corps, ou la respiration. Quant à l'influence sur les échanges nutritifs, sur l'hématose, ils ne l'ont point recherchée. Pour ce qui est de l'effet du régime sur l'état psychique, le D^r Ossipow aurait remarqué que l'habitude de rester couché persiste chez les malades après la suppression de ce régime, même chez ceux qui avaient d'abord protesté. D'autres auteurs, qui ont observé un plus grand nombre de malades, soumis au repos du lit, arrivent à des conclusions différentes : suivant eux, le nombre des heures de sommeil est plus grand et le poids augmente (Timoféïew, Kostezki, Yourman, etc.). Pour mon compte, je me joins à l'opinion de ces derniers : d'après mes observations personnelles, le sommeil sous ce régime n'est pas moins bon qu'autrement; bien entendu, *cæteris paribus*, c'est-à-dire les conditions de trouble morbide et de traitement étant les mêmes. Quant à la déperdition de poids, elle est toute naturelle à la phase initiale d'une maladie mentale et dans les états d'exacerbation des cas chroniques; toutefois je

n'ai pas constaté que la déperdition du poids soit plus considérable avec le régime au lit. Nous n'avons donc qu'une indication sérieuse et sur laquelle la plupart des aliénistes sont d'accord, à savoir que le repos au lit prédispose facilement à la constipation, et même sous ce rapport il est permis d'avoir quelques doutes et de se demander si ce résultat n'est pas simplement dû à l'observation plus soignée des fonctions intestinales chez les malades couchés, alors que toutes les anomalies sont plus faciles à constater et à noter avec plus d'exactitude.

En fait d'autres indications, je veux encore mentionner celle de M. Hébold, à savoir que le régime de l'alitement provoquerait l'anémie; mais nous n'avons pas de recherches scientifiques qui puissent le confirmer relativement aux aliénés. Il est certain que des recherches faites dans ce domaine présenteraient un grand intérêt, surtout si elles comprennent aussi l'étude complète de la composition du sang et de ses différents éléments vitaux: les recherches de Metchnikow nous ont fait connaître le rôle des différents éléments du sang dans l'économie de l'organisme, surtout dans la lutte avec les agents toxiques et dans l'augmentation de la vitalité des tissus nobles, c'est pourquoi il serait important de connaître l'influence de tel ou tel régime sur la composition du sang. Au point de vue purement théorique, il est impossible de contester l'influence de l'alitement sur la composition du sang déjà pour la raison que les mouvements étant restreints, l'activité des os est modifiée, et la fonction de la moelle osseuse se trouve probablement dans des conditions différentes de celles où le régime est actif (opinion inédite du professeur Mitropolski).

Ainsi, les idées qu'on possède sur l'action du repos au lit ne sont pas confirmées par des arguments rigoureusement scientifiques; ce ne sont que des résultats acquis par l'observation ou par des raisonnements théoriques, basés sur une analogie de faits. Mais quoi qu'il en soit, il est incontestable que le repos au lit produit sur l'homme, surtout malade, un certain effet, qui n'est pas toujours le même et qui dépend de la durée du régime et de sa rigueur.

Il est clair qu'après ce qui vient d'être dit, les indications et les contre-indications du régime du lit ne peuvent pas avoir actuellement la prétention d'être absolument scientifiques; elles sont presque toutes le résultat de l'empirisme. Les indications qu'on peut établir sont dictées par la forme de la maladie et par les symptômes que l'on observe chez le malade, indépendamment de son affection mentale. Les indications et les contre-indications purement symptomatiques sont les suivantes.

En fait d'INDICATIONS au régime du lit, notons :

1. L'état de grande faiblesse, d'épuisement et les troubles somatiques, tels que l'élévation de la température. Il faut y ajouter les troubles somatiques, qui apparaissent à côté des troubles psychiques — la période puerpérale, les manifestations de décrépitude sénile, les phénomènes paralytiques, etc.

2. L'état d'excitation psychomotrice. On dirait que tous les aliénistes sont d'accord pour dire que nous possédons dans le régime de l'alitement un moyen puissant de lutter contre l'agitation. Cette observation est confirmée par des considérations théoriques, basées sur la conception du caractère psychophysiologique des affections qui accompagnent les états d'excitation motrice et sur le fait que l'alitement systématique agit en même temps sur le travail du cœur et sur la direction de l'activité psychomotrice. Cette action provoque ce que l'on appelle une habitude de peu de mouvements, agent puissant dans la lutte avec l'excitation intérieure, qui existe alors chez les malades. Comme moyen calmant, le repos au lit a la plus grande valeur. La plupart des malades agités sont très rapidement calmés par le lit ; c'est surtout le cas pour l'excitation, qui porte le caractère maniaque et qui dépend de la motilité exagérée de l'état expansif. Un effet moindre, mais incontestable, est obtenu chez les hallucinés et les mélancoliques agités ; mais même dans les cas d'agitation absolument authentique, presque convulsive, le séjour au lit, appliqué à propos, rend, bien que pas toujours, un service essentiel.

En présence de son effet calmant, je considère l'alitement comme absolument indiqué dans les cas où, à côté d'une agitation psychomotrice, il y a encore une forte élévation de température et un épuisement imminent, comme par exemple dans le délire aigu maniaque.

5. Plusieurs d'entre nous considèrent le repos au lit comme indiqué à la période d'invasion de la plupart des psychoses à début aigu. En effet, à ce moment-là, nous avons toujours des preuves de l'existence de troubles plus ou moins considérables dans tout l'organisme, en rapport avec l'affaiblissement des forces physiques et une excitation. Au début, il est souvent impossible de déterminer à quelle forme de maladie nous avons affaire, ni l'intensité des phénomènes qui peuvent s'y présenter ultérieurement. C'est pourquoi il faut être prêt à toute éventualité et mettre le malade de bonne heure dans les meilleures conditions pour lutter contre les phénomènes redoutables. Aussi conseille-t-on de prescrire le repos au lit en présence des premiers indices d'une psychose aiguë. Quelquefois cela arrête net la maladie dans sa marche. Je connais des cas où le repos au lit, appliqué dès

le début aux psychoses périodiques, a été suivi de cessation rapide des troubles morbides, ou au moins, de leur atténuation. Il est vrai qu'il faut être, dans ces cas-là, particulièrement habile dans la manière même d'appliquer le régime du lit. Les malades protestent beaucoup contre l'alitement au début de leur maladie; or, c'est ici qu'il est de toute importance de ne pas user de violence, de n'agir que par la persuasion, par la douceur ou par l'effet suggestif, produit par l'exemple des autres malades.

4. Le repos au lit, souvent assez prolongé, est indiqué aussi dans la plupart des cas qui demandent des soins particulièrement attentifs. C'est surtout au stade initial et à la période d'invasion de la maladie que l'on peut s'attendre à beaucoup de manifestations inattendues, et le meilleur moyen d'en prévenir les conséquences fâcheuses, surtout dans un asile encombré, c'est d'appliquer le régime de l'alitement.

Plus tard, à la période stationnaire, quand le caractère du processus morbide est déjà précis et que ses manifestations diverses chez le malade rentrent dans le cycle habituel de telle ou telle psychose, les soins sont plus faciles à donner et c'est alors qu'on peut, à moins d'avoir d'autres indications positives, remplacer le séjour au lit prolongé par un autre régime.

Par suite de la nécessité d'une surveillance étroite, le régime de l'alitement est indispensable à bien des malades qui ont des tendances au *suicide*. Cependant, dans ces cas, ce n'est pas le régime au lit *absolu*, mais plutôt le régime mixte qui convient le mieux; il faut se rappeler toujours qu'un des meilleurs moyens pour empêcher le malade d'attenter à ses jours, c'est l'influence morale du personnel qui le soigne; mais incontestablement, le repos au lit facilite considérablement la surveillance des malades prédisposés au suicide; il faut d'ailleurs les placer dans des salles communes et non dans des chambres à part, même si elles sont confortables, parce que dans la plupart des cas, la surveillance dans des salles communes se fait sans importunité irritable, elle se fait même jusqu'à un certain point par les voisins, si la répartition des malades est bien faite.

La surveillance des malades agressifs est également facilitée par le régime du lit; mais il me semble que bien des individus agressifs, pourvu que la répartition des malades dans la salle commune soit bien distribuée, y perdent plus vite leur mauvaise habitude que lorsqu'ils se trouvent dans des chambres isolées.

Les soins à donner aux *malpropres* sont également plus faciles, si les malades sont couchés, ce qui fait que beaucoup considèrent la

malpropreté comme une indication à ce régime. En tout cas, ce ne doit pas être le régime du lit absolu ; la tendance au gâtisme demande l'application d'autres mesures en rapport avec son origine. Le repos au lit n'est pas non plus toujours indiqué pour les malades avec tendance à la coprophagie, pour ceux qui se salissent avec des matières fécales, qui déchirent leurs vêtements ou qui se déshabillent. Dans les cas où il est indiqué, on aura recours à un régime au lit plus ou moins modéré.

LES CONTRE-INDICATIONS au repos au lit découlent des considérations suivantes :

Le repos au lit absolu ou trop prolongé, suivant beaucoup d'observateurs, contribue au développement de la paresse et de la torpeur psychique. C'est pourquoi il ne faut pas prolonger outre mesure l'usage de ce régime, mais toujours le remplacer, aussitôt que possible, par le repos au lit mixte et enfin le cesser complètement. En général, on est rarement obligé d'appliquer le repos au lit absolu pendant plus de 6 à 8 semaines ; dans bien d'autres cas, son emploi se limite à quelques jours ; on passe ensuite à un régime moins sévère, ou bien on le suspend complètement, de sorte que, si le malade se trouve dans la section où le système de l'alitement est pratiqué, il ne passe dans son lit que la nuit, et se lève le matin à l'heure indiquée par le médecin. Je note néanmoins qu'il y a des cas où le régime du lit, combiné avec le séjour au grand air, peut être appliqué sans préjudice pour le malade, pendant quelques mois, et, dans quelques cas rares, pendant plus d'une année.

Suivant quelques auteurs, le repos au lit prolongé provoquerait l'anémie. Ceci n'est pas complètement démontré, et on n'est pas en droit d'attribuer toute anémie, développée pendant l'alitement, au régime même et non à la maladie, ou à l'air quelque peu vicié des salles. Il faut prendre soin que les chambres où se trouvent les malades soumis au régime de l'alitement soient bien aérées et que les malades restent en plein air autant que possible, soit couchés, soit en promenade. Beaucoup de malades, qui sont toujours au lit, se trouvent bien des frictions sèches, du massage, et des mouvements actifs et passifs. Ceux auxquels le repos au lit est particulièrement nuisible sont les chroniques, qui restent couchés par paresse. Chez eux l'anémie survient très souvent comme conséquence du peu d'exercice. La tuberculose et le scorbut se développent facilement sur ce terrain.

La tendance à l'excitation génésique et surtout à la masturbation est aussi considérée comme une contre-indication au régime du lit.

Le professeur Tschisch pense que ce régime est en général nuisible aux sujets jeunes, lorsqu'il est appliqué rigoureusement. Il est contre-indiqué également chez les jeunes femmes hystériques (Professeur Kojevnikow).

Il faut également le considérer comme contre-indiqué dans les cas où les malades ont une confusion d'idées et des hallucinations terrifiantes. Ces malades ne restent pas au lit sans y être maintenus, et cette contention ne fait qu'augmenter l'agitation par suite de la tendance malade qu'ils ont à résister : il peut survenir chez eux, à la suite de l'excitation, des meurtrissures et des escarres avec toutes leurs conséquences graves.

Je mentionnerai encore qu'on accuse le régime au lit de ne pas produire toujours l'effet qu'on en attend ; ainsi, chez certains malades, loin de faire disparaître le gâtisme, il contribue à le créer¹ (Hébold) ; de même, il n'est pas rare que les malades dorment le jour, mais ne dorment plus la nuit (Hébold, Trapeznikow).

Indications du régime du lit dans des formes particulières de désordre psychique. — Telles sont les indications et les contre-indications symptomatiques générales du régime de l'alitement. En outre, différents auteurs nous donnent des *indications en rapport avec des formes particulières de désordre psychique*. A ce point de vue, il faut d'abord distinguer les psychoses aiguës et les psychoses chroniques. Quoique cette classification des psychoses en aiguës et chroniques ne soit pas absolument scientifique et que certaines psychoses nettement aiguës au début doivent pourtant être rangées incontestablement parmi les maladies chroniques, je la conserve pour répondre aux exigences pratiques. Le repos au lit est indiqué dans toutes les psychoses, considérées comme *aiguës*, notamment à la période d'invasion. Nous nous arrêterons dans la suite plus longuement sur les indications dans chaque forme ; pour le moment je me bornerai à montrer le genre de régime du lit particulièrement indiqué dans les formes caractérisées par de l'excitation et des désordres somatiques et je dirai les occasions où il doit être absolument appliqué.

Dans les stades ultérieurs, aussi bien que dans les formes aiguës, où il n'y a ni agitation, ni symptômes de troubles organiques qui exigeraient le repos au lit, le régime de l'alitement peut devenir mitigé déjà après quelques jours. Quant aux psychoses chroniques, il n'y a indication au repos au lit prolongé que dans le cas où le malade ne peut plus faire de mouvements à cause de désordres somatiques, par

1. Hébold, *Bettbehandlung und Zelle*, Allg. Z. für Psych. B. 44, p. 687.

exemple à la période ultime de la paralysie générale progressive ou pendant les accès d'excitation. Les chroniques calmes ont souvent de la tendance à rester couchés, il faut s'opposer à cette inclination, les occuper à des travaux, surtout en plein air. L'amour du lit chez les chroniques devient surtout grand quand, pendant la période aiguë, on n'a pas songé à les déshabituer peu à peu du séjour au lit en remplaçant le régime presque absolu par un autre plus modéré. Dans quelques cas où les phénomènes initiaux, simulant une psychose aiguë, laissent pourtant soupçonner une forme chronique, comme par exemple la *dementia præcox* ou la catatonie, il faut particulièrement tenir compte de cette circonstance et rendre aussi courte que possible la période d'application de l'alitement absolu. Je passe à présent à l'énumération sommaire des indications et des contre-indications du repos au lit dans les différentes formes de psychoses.

Il va sans dire qu'il ne peut y avoir rien d'absolu dans ces indications, car dans une forme quelconque de trouble psychique, les symptômes peuvent être assez variables, surtout par l'intensité avec laquelle ils se présentent, et ce qui semble indiqué dans un cas donné peut être contre-indiqué dans un autre cas de la même forme de psychose. Quoi qu'il en soit, nous devons examiner à ce point de vue aussi les indications de l'alitement.

1. Le repos au lit est indiqué dans toutes les formes où le trouble psychique dépend d'un état fébrile ou d'une infection (délire infectieux, délire fébrile, délire du collapsus, confusion asthénique, etc.). On est parfois obligé, au début de la maladie, d'insister sur l'application du traitement et ne point reculer, dans des cas exceptionnels, devant la nécessité de maintenir le malade à l'aide d'infirmiers, en prenant toutes les précautions pour que le malade ne garde ni meurtrissures, ni ecchymoses. Je me crois autorisé à recourir à cette mesure dans ces cas, des indications vitales se présentant ici pour que le malade soit couché. Il faut en éliminer les cas où l'infection provoque une hyperesthésie extrême, comme par exemple dans la rage (*lyssa humana*).

2. Je considère, pour la même raison, comme indiqué, l'usage du repos au lit absolu dans le *délire aigu maniaque* (*delirium acutum*), qu'on l'envisage comme une maladie à part de nature infectieuse ou comme une forme très grave de folie aiguë. Il faut noter, en même temps, que cette forme commence à disparaître dans les asiles où le repos au lit est appliqué systématiquement, de sorte que la question de la contention dans le délire aigu se résout en pratique par cela même.

On sait qu'à côté de la forme maniaque du délire aigu on décrit aussi une forme mélancolique. Ici le repos au lit est de même indiqué, mais, en tout cas, sans maintien à l'aide de gardiens; car ce maintien augmente considérablement l'agitation des malades qui, abandonnés à eux-mêmes, ne présentent pas de forte excitation motrice et choisissent ordinairement vite d'eux-mêmes telle ou telle position.

3. A ces formes de délire aigu il faut ajouter les cas d'*amentia de Meynert* (*dysnoia*, *confusion mentale*) sous ses différents aspects. Le repos au lit est indiqué dans tous les cas aux premiers stades de la maladie. Un grand nombre de ces malades se laissent facilement soumettre au régime au lit; mais il y a des cas où l'on n'arrive pas à l'appliquer, précisément chez les malades ayant une grande confusion d'idées, avec des hallucinations et des illusions: tout ce qui les entoure est tellement dénaturé pour eux, qu'ils voient partout des esprits malins, des gens odieux; c'est également le cas des malades avec une forte excitation motrice, qui va chez eux quelquefois jusqu'aux actes de violence automatique. Les malades de ce genre ne peuvent pas rester tranquillement couchés, et le maintien par des infirmiers ne fait que les exaspérer davantage; c'est pourquoi on est quelquefois obligé, après avoir essayé d'appliquer le régime de l'alitement, d'y renoncer pour quelque temps et de donner aux malades la liberté de choisir de leur propre chef le repos au lit, ou les mouvements; enfin, s'ils sont facilement excités ou trop bruyants en présence d'autres malades, on est forcé de les mettre dans des chambres à part, d'où l'on enlève tout ce qui pourrait leur servir à nuire aux autres ou à eux-mêmes. A la clinique de Moscou, nous ne nous servons pas des cellules, mais seulement des chambres à part, donnant sur le même corridor que les salles communes. Parfois le lit y est remplacé par une large couchette; très rarement, le matelas est étendu directement par terre. Les portes de ces chambres ne sont jamais fermées à clef. De temps en temps on fait une tentative pour mettre ces malades agités avec d'autres. A la moindre possibilité on leur autorise la promenade. Si le malade atteint d'*amentia* ne présente pas d'excitation motrice bien prononcée et s'il résiste en même temps au régime de l'alitement, je préfère le laisser dans la salle commune, assis ou debout près de son lit. Petit à petit ce malade suit l'exemple général et se couche.

4. Dans la *manie*, le régime du lit est indiqué presque toujours, à l'exception des cas à peine marqués de l'exaltation maniaque, où l'on peut se borner simplement à régulariser le régime du malade. Les maniaques placés dans des salles communes se font extrêmement

vite au régime du lit, à cause de l'imitation, à laquelle ils sont très portés, même si leur excitation est considérable. Les malades se calment ainsi beaucoup plus vite qu'avec un autre régime; la maladie suit son cours, mais l'excitation reste pour la plupart du temps modérée, et on ne voit guère des accès de manie furieuse, si le malade n'y a pas été conduit par son entourage avant son entrée à l'asile.

Quand la maladie passe à l'état stationnaire, qui précède la guérison, les malades peuvent être occupés à différents travaux, le jardinage par exemple.

5. L'indication du repos au lit dans la *mélancolie* a été établie par Guislain. En effet, l'alitement bien appliqué est certainement utile presque dans tous les cas, et ne paraît superflu que dans les cas de dépression mélancolique légère. Cependant, dans un asile d'aliénés, c'est après mûre réflexion sur chaque cas en particulier de mélancolie, qu'on choisit le mode de traitement qui convient le mieux. L'alitement, non pas absolu, mais combiné avec des promenades au grand air, ou dans le bâtiment même, est le moyen le plus efficace chez les malades qui se trouvent dans un état de dépression profonde. Ceux qui ne sont pas bien déprimés ne font usage que d'un régime au lit très modéré, et il ne faut pas qu'on les éloigne des malades, qui jouissent presque de toute leur liberté, surtout des convalescents, dont la société ne peut leur être que profitable. L'alitement facilite la surveillance des mélancoliques avec tendance au suicide.

Quelquefois il est très difficile d'y appliquer le régime de l'alitement dans la *mélancolie anxieuse*, où, à côté d'une angoisse, il existe une très forte tendance aux mouvements, qui dépendent souvent de sensations douloureuses, très pénibles, que le malade éprouve dans différentes parties du corps. Dans ce cas, bien que le repos au lit soit très utile, d'autant plus que les malades dans cet état peuvent souvent se nuire et qu'à force d'aller et venir continuellement ils se font des ampoules aux pieds, il est cependant souvent impossible de leur appliquer rigoureusement le régime du lit, parce qu'il leur est trop pénible. Il est inutile d'ajouter que le maintien de semblables malades par des infirmiers ne fait qu'aggraver la situation, en les vexant et en provoquant chez eux des accès de colère. Il faut leur laisser la liberté des mouvements, et ne les inviter que de temps en temps avec douceur à se coucher. De tels malades ont particulièrement besoin de la présence de personnes qui comprennent bien leur état et qui soient capables de produire sur eux un effet moral suivi.

Lorsqu'on applique le repos au lit dans le traitement des mélanco-

liques, on se demande souvent s'il est possible de les mettre ensemble avec d'autres malades très excités. Quelques-uns, comme M. Kraepelin, affirment qu'ils n'ont vu aucun inconvénient à mettre ensemble les mélancoliques conscients avec des malades très agités: les mélancoliques seraient tellement plongés dans leurs souffrances qu'ils envisageraient leur entourage bien autrement que les individus normaux. Cependant, si le cas est vrai pour un grand nombre de malades, il ne l'est pas pour tous: beaucoup de mélancoliques conscients sont incommodés par la présence des malades très agités, ils dorment moins bien et sont souvent effrayés. Ce fait doit toujours être pris en considération lors de la répartition des malades.

6. Dans la *paranoïa aiguë et subaiguë*, le repos au lit est indiqué au début de la maladie et aux moments d'exacerbation; mais dans plusieurs de ces cas on observe après l'alitement prolongé une tendance extrême à l'immobilité, à une vie exclusive au milieu d'idées délirantes. Le régime du lit est d'autant plus indiqué, que le début de la paranoïa est aigu.

7. Dans la *paranoïa chronique*, comme en général dans toutes les psychoses chroniques, le repos au lit n'est indiqué qu'aux moments des exacerbations, des crises d'excitation, ou pour faire disparaître un autre symptôme éventuel. Les avis des auteurs sur la facilité avec laquelle les paranoïques chroniques s'habituent au régime du lit diffèrent entre eux. Quelques-uns, comme le D^r Kostezki par exemple, prétendent que les paranoïques s'y habituent plus facilement que les autres malades; d'autres, comme le D^r Ossipow, affirment que c'est le contraire qui se produit. Je crois, pour ma part, qu'il existe à ce point de vue, outre des variations individuelles, une différence qui concerne la période de la maladie: à la dernière période, lorsque la démence s'est développée, les malades accusent une grande tendance au lit; on est même obligé de lutter contre cette tendance; à la première période, le régime du lit est, au contraire, plus difficile à appliquer.

8. Dans la *catatonie*, l'alitement rend des services essentiels pour donner des soins au malade. Cette forme exige, comme on le sait, une surveillance très attentive, et c'est pourquoi il est difficile, dans bien des cas, de se passer de l'alitement permanent. Cependant il faut bien individualiser les cas suivant les symptômes que présentent les malades. Dans beaucoup de cas, il faut passer assez vite au régime mixte, combiné avec des promenades, parce que cette forme de psychoses a déjà par elle-même une grande tendance à passer à la démence, il faut prévenir le développement de l'habitude à l'immobilité. Il faut

ajouter que l'observation de Klinké¹ sur les catatoniques avec des tendances aux impulsions très prononcées et qui présentent quelquefois une grande résistance à l'application du régime en question est parfaitement exacte, surtout si l'on a eu recours au traitement, non pas au début de la maladie, mais quand cette dernière eut déjà acquis toutes ses particularités caractéristiques.

9. Il en faut dire autant de la *démence précoce des adolescents* (*dementia præcox juvenilis*). Quand j'ai recours au traitement par le repos au lit chez les malades atteints de cette forme, à l'état de crises aiguës, j'ai l'habitude de vite remplacer le régime du lit rigoureux par celui qui est surtout un moyen de régulariser la vie des malades. Le professeur V.-F. Tschisch considère le régime au lit comme nuisible aux hébéphréniques, ainsi qu'aux catatoniques. Au contraire, le professeur Kraepelin s'en sert volontiers chez les hébéphréniques. Selon moi, il n'est pas démontré que beaucoup de cas se terminant par la démence chez les adolescents doivent, dès le début, être considérés comme incurables : je me demande même si ce n'est pas parfois une forme, qui n'est devenue incurable que grâce aux conditions défavorables. S'il en est ainsi, il est très important de mettre au clair si un repos trop prolongé au lit ne crée pas précisément ces conditions défavorables.

10. Je passe aux indications du régime de l'alitement dans les psychoses constitutionnelles. Il faut dire que dans les *formes de dégénérescence héréditaire* ce régime est partout indiqué au moment des crises de délire des dégénérés. Quant aux autres formes, rangées parmi les psychoses de dégénérescence pure, dans le sens strict du mot, il ne l'est que dans les cas exceptionnels. D'après les observations du docteur Kostezki, les malades à forme de folie morale (*insanitas moralis*), se soumettent très difficilement au régime de l'alitement, et résistent souvent, en connaissance de cause, à toutes les mesures possibles.

11. Dans l'*épilepsie*, le régime du lit est indiqué pendant les crises d'épilepsie psychique; les malades chez lesquels on peut prévoir l'approche de la crise seront mis à temps au lit; les crises sont alors moins fortes et moins dangereuses. Pendant cet état d'irritation et d'humeur querelleuse, qui est si souvent observé chez les épileptiques, l'alitement temporaire est également utile, et une chambre à part est, dans ce cas, préférable à une salle commune (D^r Youtschenko). Parfois les crises d'épilepsie psychique donnent lieu à des manifestations

1. Klinké, *Die Geschichte der freien Behandlung und der Anwendung der Bettruhe bei Geistekranken*, Allg. Zeit. für Psyç., B. 49, Heft 5, p. 681.

si intenses d'agitation automatique qu'il ne peut être question du régime de l'alitement, et qu'il est plus raisonnable de mettre le malade au plus vite dans une chambre isolée, bien appropriée. Ici l'isolement, même cellulaire, ne peut produire d'effet trop nuisible, parce que ces crises ne sont habituellement que de courte durée. Il va sans dire qu'il ne peut être question de tenir constamment au lit tout malade épileptique; ce serait l'obliger à une inactivité nuisible, ainsi que je le disais plus haut : l'expérience des hôpitaux bien organisés, des colonies pour les épileptiques, nous apprend qu'il est possible de leur créer une vie active, et il est incontestablement plus raisonnable et plus humain de leur laisser profiter des avantages qu'ils peuvent avoir dans une colonie ouvrière, que de les tenir au lit, de crainte qu'ils ne soient dangereux.

12. Dans l'*hystérie*, le repos au lit est indiqué pendant les accès qui remplacent les crises d'hystérie (folie passagère des hystériques). Dans les formes de folie hystérique, qui traînent en longueur, le régime au lit doit être appliqué modérément pour les causes sus-indiquées.

Le traitement de l'hystérie somatique vulgaire par la méthode de Weir-Mitchel, bien qu'ayant une valeur incontestable dans bien des cas, ne doit cependant pas être appliqué dans les mêmes locaux, où se trouvent d'autres malades purement psychiques. Il doit exister pour le traitement des cas typiques d'hystérie des hôpitaux spéciaux, ou des sections particulières dans les autres hôpitaux.

13. Le repos au lit est également souvent préconisé dans la *neurasthénie*. L'utilité de ce régime dans cette maladie est reconnue par une grande quantité de médecins. Il faut cependant ici, comme ailleurs, distinguer les particularités de chaque cas donné; car, bien des fois, les neurasthéniques tirent aussi un grand profit de la gymnastique, de l'hydrothérapie ou des promenades en plein air, du jardinage, des travaux champêtres. Combien de fois on a pu observer ce fait, d'un jeune homme se débarrassant de crises tenaces de neurasthénie lorsqu'il tombe par nécessité dans un milieu où le régime de vie, bien que sévère, est régulier, où le travail physique est combiné avec un séjour prolongé en plein air, comme cela arrive, par exemple, pour le service militaire obligatoire.

Dans les psychoses aiguës, développées sur un terrain neurasthénique, c'est le régime au lit qui est la base du traitement, comme dans les autres psychoses aiguës.

14. Dans le *délire alcoolique* à marche aiguë, l'alitement trouve une très grande application. Celui qui a eu l'occasion d'observer beaucoup

de cas de *delirium tremens*, traités par le repos au lit, a pu se convaincre de la puissance de ce moyen, qui, parfois, arrête le développement de la maladie. Les malades, mis au lit, se calment vite; les hallucinations diminuent d'intensité et souvent le sommeil survient le soir, sans aucun narcotique, et, 24 ou 48 heures après, tous les autres symptômes disparaissent, sauf les manifestations générales de l'alcoolisme chronique. Suivant les conseils du docteur Magnan, dont je peux confirmer les observations, les malades, atteints de *delirium tremens*, doivent être mis dans des salles communes, bien éclairées, même pendant la nuit.

15. Dans le traitement des cas de *morphinisme*, de *cocaïnisme*, *sulfonalisme*, etc., le repos au lit est nécessaire aux malades vu leur état de faiblesse, qui est très prononcée les premiers temps, quand l'organisme se trouve privé de sa dose habituelle de poison¹. Ordinairement le repos au lit ne dure pas ici plus de 15 jours.

16. Dans la *paralysie générale progressive* des aliénés, l'alitement peut contribuer à modérer l'excitation. Notons bien qu'il est souvent très difficile de retenir au lit les paralytiques excités, il faut y mettre beaucoup de bonne volonté et avoir beaucoup de patience pour leur rappeler constamment qu'ils doivent garder le lit, ce qu'ils oublient à l'instant même; mais une fois que le malade en a acquis l'habitude, les soins deviennent relativement faciles et la période d'agitation plus courte. Le repos au lit est nécessairement appliqué aussi à la dernière période de la paralysie générale, mais il va sans dire que le régime de l'alitement absolu n'a aucune valeur thérapeutique; au contraire, il peut favoriser l'apparition de diverses complications fâcheuses, comme des escarres, et ne doit être appliqué que lorsqu'il est absolument impossible de se servir d'autres moyens de soigner les malades.

17. Dans les différentes *psychoses organiques* le repos au lit s'impose, ou bien parce qu'il existe une paraplégie ou une hémiplégie, comme c'est le cas, par exemple, pour les psychoses syphilitiques, polynévritiques, des différentes affections cérébrales en foyer, ou bien en vue de la faiblesse générale des malades. Il va sans dire que les indications générales du repos au lit, comme moyen calmant dans les états d'excitation, ont ici la même application.

18. Dans les états d'*arrêt de développement congénital* (idiotie, imbecillité), le repos au lit n'est indiqué que pendant les crises passagères d'agitation.

1. Alitement (traitement par le repos au lit) dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme. Congrès de médecins aliénistes et neurologistes de France. Session de Marseille (1899). Comptes rendus, p. 551.

Modifications apportées par le régime de l'alitement dans l'organisation des hospices. — Telles sont, à grands traits, mes idées sur le repos au lit en général et sur l'importance qu'il a dans le traitement des maladies mentales.

Pour terminer mon rapport, je voudrais encore faire connaître mon opinion sur le rapport de ce régime avec les modifications à apporter dans l'organisation des asiles d'aliénés.

Il est clair, après tout ce qui précède, que l'introduction de ce régime, en tant que système, ne doit pas paralyser l'application d'autres systèmes importants, tels que, par exemple, celui du régime du travail, le traitement moral, l'influence du milieu et d'un personnel intelligent. Il s'ensuit que la transformation d'un asile d'aliénés d'après le type d'un hôpital somatique pris comme modèle, n'est pas du tout à souhaiter. Ce que j'entends par là, c'est qu'un hôpital est loin de disposer de tous les avantages qu'on possède à l'asile. Pour un hôpital beaucoup de ces avantages, comme, par exemple, un vaste emplacement pour les travaux, de vastes jardins, des fermes, etc., ne constituent pas une nécessité, tandis qu'elles sont presque indispensables pour un grand hôpital psychiatrique. Dans un asile qui doit satisfaire aux besoins de la population d'une localité plus ou moins importante au point de vue de l'assistance des aliénés, il se trouvera toujours beaucoup plus de malades, ayant besoin d'une bonne organisation du régime du travail que du régime au lit, c'est pour cela qu'il ne faut pas dédaigner le régime du travail. Aussi l'idéal d'un grand asile d'aliénés, même si l'on y applique le régime de l'alitement, sera toujours l'hôpital-colonie avec une organisation régulière des travaux. Dans les pavillons, destinés aux malades en traitement, le système de l'alitement doit être appliqué de la façon indiquée plus haut, c'est-à-dire que le repos au lit, comme moyen thérapeutique, doit être la base du traitement; mais son mode d'application varie dans chaque cas particulier. Naturellement une large application du régime du lit doit nécessairement entraîner, dans la section destinée aux malades en traitement, quelques changements du plan de construction. Il est vrai que ces modifications ne sont pas bien grandes : on peut se servir du système de l'alitement assez facilement là même où les bâtiments laissent à désirer, ce qui est entre autres un des avantages de ce régime. Cependant, lorsqu'on construit un hôpital, et qu'on se propose d'y appliquer largement ce système, il faut tenir compte de quelques considérations rendant son introduction particulièrement facile. Les dortoirs dans les asiles de ce genre doivent être assez vastes et donner la possibilité d'y mettre 5, 8 et 16 malades. Il est

utile de réunir les dortoirs contigus par des arcs larges, qui pourraient permettre, le cas échéant, de les isoler par des cloisons mobiles.

Problème important pour une bonne organisation intérieure, il faut que le personnel surveillant ait toute la facilité de se présenter rapidement là où on l'appelle. Le régime du lit, lorsqu'il est bien organisé, ne demande pas en général un personnel plus grand qu'un autre système; mais il est nécessaire que les infirmiers puissent venir vite et en nombre suffisant là où ils sont nécessaires, par exemple pendant une crise d'excitation. C'est pourquoi les salles destinées aux malades, traités par le repos au lit, doivent être contiguës, les gardiens restant dans ces salles et, si possible, au centre du bâtiment. Dans les sections relativement peu vastes, on y arrive le mieux en établissant, — au lieu de corridors, qui mettent en communication plusieurs salles, — une seule salle, dans laquelle donnent toutes les portes des dortoirs. Cette salle centrale, durant la journée, peut servir de lieu de réunion aux malades qui ne suivent pas le régime du lit absolu, et, la nuit, on y met ceux qui exigent une surveillance particulièrement étroite, ou bien ceux qui sont plus calmes à la lumière, comme par exemple les malades avec « delirium tremens ». En outre, en appliquant sur une large échelle l'alitement, il est tout à fait inutile de distinguer, comme on le faisait auparavant, les salles de jour, situées au rez-de-chaussée, et les salles de nuit (dortoirs), qui se trouvaient au premier. Toutes ces salles doivent être au même étage. Le mieux serait même de destiner le rez-de-chaussée aux agités ou aux faibles, pour qu'on puisse non seulement facilement les faire sortir au jardin, mais aussi transporter et rouler leurs lits en plein air. Lorsqu'on ne se servait autrefois de dortoirs que pour la nuit, on les disposait le plus souvent du côté du nord; pour le régime du lit, il est préférable qu'ils soient disposés au soleil. Ils doivent toujours être bien aérés et plus confortables que les dortoirs de l'ancien type.

Le régime du lit nécessite que les bains et les cabinets se trouvent à côté des salles; quelques-uns, comme le professeur Rieger, se servent de baignoires mobiles, roulées dans les dortoirs mêmes, cela est superflu pour la plupart du temps. On a relativement besoin de *water-closets* transportables, dont les malades se serviront derrière un paravent, dans la salle même.

Avec ce régime, on arrive à donner plus souvent des bains prolongés, puisque les malades, habitués à être couchés, y restent plus facilement; mais on a ainsi besoin d'un plus grand nombre de baignoires.

Une question très importante, relative à l'organisation d'un asile,

est celle de savoir si le régime du lit permet de ne plus construire de cellules, comme cela a été dit par quelques partisans de ce régime. Il n'y a pas de doute que, dans quelques asiles où ce régime est pratiqué, les cellules isolées sont complètement mises hors d'usage et que moi-même, par exemple, je transformerais volontiers à la Clinique psychiatrique de Moscou la section d'isolement en une section pour des malades tranquilles, car, dans l'espace de quatre ans, je n'en ai jamais éprouvé le besoin; je ne puis cependant pas admettre que ce soit partout possible. C'est pourquoi il faut établir des cellules isolées aussi dans les asiles nouvellement construits, bien que leur nombre puisse être diminué de moitié, et il faut les disposer dans la même section, où se trouvent les autres malades agités. Il ne faut pas perdre de vue qu'il peut arriver qu'on s'en serve pour des malades qui ne sont pas agités, il faut donc les arranger de façon qu'on puisse les transformer, ou les adapter sans grande difficulté à une autre destination, par exemple pour y mettre des malades ayant besoin de chambres particulières avec plus de confort. Cette exigence oblige de construire des pavillons isolés non pas sous forme de locaux obscurs, matelassés, etc., mais comme des chambres isolées du type courant qui peuvent, en cas de besoin, servir à l'isolement peu prolongé de quelques malades particulièrement agités, qu'il est impossible de soumettre au régime de l'alitement. Je souscris complètement à l'opinion émise par Clemens Neisser¹ qu'il ne faut pas construire de sections particulières, composées uniquement de cellules isolées.

CONCLUSIONS

1) Il faut distinguer dans la question du traitement des aliénés par le repos au lit le « système de l'alitement » comme un mode d'organisation intérieure des asiles et l'emploi de l'alitement comme « moyen thérapeutique ».

2) Les bases de l'alitement comme « système » sont les suivantes : a) l'usage du lit est considéré comme un élément essentiel du traitement; quant à la durée et aux détails dans l'application du régime en question, ils sont établis au jour le jour suivant les indications individuelles; b) l'alitement est appliqué non pas par des procédés de violence, mais au moyen de l'influence morale et de l'effet suggestif du milieu; c) il doit y avoir une organisation particulière de la surveil-

1. Clemens Neisser, *Noch einmal die Bettbehandlung der Irren*, Allg. Zeit. Psych., B. 50, p. 449.

lance, qui ne serait qu'une manière de donner les soins aux malades, de les suivre et de bien observer les symptômes physiques et psychiques de la maladie.

Le refus, en principe, de se servir de cellules, n'est pas une condition fondamentale du système, mais contribue à la vulgarisation du régime du lit. D'un autre côté, la restriction de l'usage des cellules est un des premiers bienfaits de l'alitement.

5) Le système de l'alitement ne doit pas être appliqué uniquement dans la section d'observation, mais doit s'étendre à toute la partie de l'hôpital où se trouvent les malades en traitement.

4) Les indications exactes du nombre d'heures de séjour des malades au lit, de leurs promenades et de leurs occupations en dehors du lit, constituent la partie essentielle de ce système; une certaine gradation doit être établie dans la durée et la continuité du repos au lit : il peut être absolu, mixte, ou de très courte durée. Ce n'est qu'à ces conditions que le régime de l'alitement peut être régulièrement appliqué.

5) Une autre condition indispensable du « système de l'alitement » est que les malades s'y soumettent de leur propre gré. Ceci leur vient grâce à une mise en scène conforme, grâce à l'influence morale des médecins et du personnel surveillant et à une auto-suggestion particulière, aidée par une répartition bien ordonnée des malades. Le maintien forcé au lit n'est pas un des éléments du régime de l'alitement en tant que « système ».

6) Le repos au lit se développe particulièrement bien avec une répartition régulière des malades, qui se servent du lit dans des salles communes, contenant de 4 à 16 personnes. C'est pourquoi, l'usage des salles communes est un puissant moyen dans l'organisation régulière de l'alitement. On est obligé d'appliquer le régime du lit également dans des chambres particulières; mais ce fait présente, dans le système en question, beaucoup moins d'importance. Dans les petits hôpitaux, surtout ceux où il est impossible de se servir de salles communes, le système de l'alitement n'a qu'une valeur relativement petite; cette valeur est, au contraire, considérable dans les hôpitaux où il se trouve beaucoup de malades à forme aiguë et dont la plupart sont réunis.

7) Les principaux avantages du régime de l'alitement sont : l'amélioration de l'ordre dans l'asile, surtout s'il est encombré; une plus grande sécurité pour les malades, dont les soins sont rendus plus faciles; la régularité de l'observation clinique des malades, enfin un usage restreint des chambres isolées. Le système du repos au lit est

susceptible d'abolir complètement l'emprisonnement dans des cellules. Les maladies caractérisées par de l'excitation ont une marche atténuée dans les asiles, où le système de l'alitement est appliqué; la mortalité dans quelques psychoses graves aiguës est diminuée d'une manière frappante.

8) En appliquant le régime du lit, il ne faut certes pas négliger les autres systèmes, qui agissent favorablement, comme le traitement moral, le « *no-restraint* », le régime du travail, ou celui des portes ouvertes. Une combinaison heureuse de ces systèmes est très possible.

9) Le « *quiétisme* » (inactivité), qui se développe parfois sous l'influence de ce régime, chez le personnel médical de l'hôpital, n'est pas une conséquence nécessaire du système, c'est un abus.

10) En appliquant aux malades de telle ou telle façon le repos au lit, il faut donner les indications et les contre-indications qui se présentent au jour le jour.

11) Dans beaucoup de cas, les indications pour le régime du lit sont établies d'une manière très insuffisante, au point de vue scientifique, à cause de la difficulté qu'il y a à avoir des observations exactes. Pour avoir des indications à base scientifique, il est nécessaire, non seulement de multiplier les recherches, mais aussi d'élargir leur sphère. Ce qui mérite d'être étudié, c'est l'effet du repos au lit et du manque d'exercice sur la composition du sang, sur l'expulsion des toxines de l'organisme, sur les fonctions psychiques, surtout sur l'énergie de la force directrice de l'esprit (l'aperception active).

12) Les indications et les contre-indications pour le repos au lit, élaborées d'une façon empirique, sont en rapport avec les symptômes isolés, observés chez les malades et les différentes formes de psychoses.

13) L'indication symptomatique principale pour le repos au lit est l'état d'*excitation* des malades. L'alitement est un puissant moyen calmant, non seulement dans les cas où existe une excitation motrice, mais aussi dans ceux où l'excitation ne se manifeste pas par des mouvements.

14) L'alitement absolu très prolongé est en général contre-indiqué; il est particulièrement chez les malades prédisposés à l'apathie, à la torpeur cérébrale et à l'anémie.

15) En ce qui concerne les différentes formes des maladies mentales, le repos au lit doit être appliqué, mais d'une manière différente, à tous les aliénés à formes aiguës, surtout aux premiers stades de la maladie, suivant les indications individuelles. Il agit surtout favorablement sur la plupart des maniaques, sur ceux qui souffrent de

délires alcooliques aigus (*delirium tremens*), dans quelques formes de confusion aiguë (*amentia, dysnoia*) et de mélancolie. Il peut y avoir des indications vitales au régime du lit chez les malades dont le trouble mental se rattache à une infection et chez les individus très épuisés. Chez les uns, il s'applique facilement; chez d'autres, avec beaucoup de difficulté. L'effet favorable du régime du lit est loin de correspondre toujours à la facilité avec laquelle il s'applique.

Le régime d'alitement sévère est contre-indiqué chez les chroniques calmes.

Il serait très important d'étudier l'effet que ce régime par trop rigoureux produit sur les psychoses des sujets jeunes, avant que celles-ci ne passent dans un stade incurable.

16) L'alitement, comme élément de traitement des aliénés, doit entraîner quelques modifications dans le plan des locaux destinés aux sections thérapeutiques de l'asile. Il ne faut pas se borner dans un asile à deux sections d'observation (une section d'hommes; une autre, de femmes). Il faut rendre l'application de ce régime possible dans toutes les sections où se trouvent les malades en traitement. C'est pourquoi les dortoirs de toutes les sections doivent être construits d'une façon intelligente et en vue de favoriser l'organisation régulière de la surveillance. Il ne faut pas construire de sections spéciales, composées uniquement de cellules.

RÉSUMÉ DU RAPPORT DU PROFESSEUR KORSAKOFF

par M. SERBSKY,

Médecin de la clinique psychiatrique de Moscou.

La question de traitement des aliénés par l'alitement prolongé a fait dans les derniers temps d'immenses progrès, ce que nous devons surtout aux indications des aliénistes allemands. Beaucoup d'auteurs ont consacré leurs travaux à cette question; mais je ne veux pas entrer dans les détails de tout ce qui a été fait sous ce rapport, puisqu'on peut trouver les indications bibliographiques nécessaires dans les travaux des auteurs français, MM. Kéraval, Pochon, Sérieux et Farnarier, etc. Cependant, comme rapporteur de la Russie, je crois de mon devoir de décrire en quelques mots l'évolution de la question parmi les aliénistes russes.

Comme partout, le repos au lit était depuis longtemps appliqué comme moyen thérapeutique dans les asiles d'aliénés russes, mais seulement dans des cas isolés. Ce n'est qu'en 1892 que la nécessité d'une application systématique du régime au lit a été pour la première fois proclamée dans la littérature russe par le Dr A.-V. Timoféïew qui avait appris à connaître cette méthode à Leubus, chez M. Clemens Neisser. Le Dr Timoféïew introduisit ce régime à l'asile Alexandre III, près de St-Pétersbourg et, en 1896, il nous a fait part, dans un petit mémoire, des bons résultats qu'il en a eus. Mais un intérêt particulièrement vif a été excité en Russie pour le régime en question par les communications du Dr A.-A. Govséïew, faites à la fin de 1895 et 1896, l'une à la Société des Neuropathologistes et des Aliénistes de Moscou, l'autre, au Congrès des médecins russes à Kiew. Le Dr Govséïew a été frappé des résultats de ce régime qu'il a réussi à appliquer dans l'asile des aliénés, pauvre et encombré, d'Ékaterinoslaw : il s'est établi dans l'établissement un ordre sans précédent ; il y a eu possibilité de se passer complètement de l'isolement des malades dans les cellules ; les pavillons isolés antérieurement pouvaient être convertis en des chambres pour des malades tranquilles.

Bien que le régime au lit était appliqué en 1895, également à la clinique psychiatrique que je dirige et où, comme le montre l'article de M. Bernstein, paru en 1896, on pouvait de même, grâce à lui, tout à fait renoncer à la mise des malades dans des quartiers des cellules qui depuis ce temps restent complètement inoccupées, l'expérience de la clinique, comme d'un hôpital en petit et particulièrement bien organisé, ne pourrait cependant pas être aussi concluante que celle du Dr Govséïew dont les rapports ont ainsi inspiré toute une série de communications sur la question. Il s'ensuivit un grand nombre d'articles : des Drs Levchatkine, Yourman, Lion, Kostezki et Yochtchenko, qui communiquaient les résultats du repos au lit appliqué dans des grands hôpitaux, et du professeur Bekhtérev et ses élèves, MM. Ossipow et Trapeznikow, qui avaient fait des recherches relatives à ce régime, sur les malades de la clinique psychiatrique de St-Pétersbourg, où il avait été introduit depuis le mois de septembre 1896. L'intérêt des aliénistes russes pour ce régime grandissait toujours et cette question fut mise à l'ordre du jour à la section des maladies nerveuses et mentales au Congrès des Médecins russes en mai 1899. Les rapporteurs en étaient le professeur Tschisch et le Dr Ossipow.

Les articles des auteurs énumérés, aussi bien que les débats qui avaient eu lieu plus tard au Congrès, ont fait ressortir le fait que les

aliénistes russes considèrent ce régime comme une mesure très importante, qui contribue énormément au bon ordre de l'asile d'aliénés, surtout si on l'applique aux malades agités. Cependant il y a eu une assez grande divergence d'opinions dans l'appréciation de différents côtés du régime de l'alitement. Les uns pensaient que l'introduction du régime en question créait une nouvelle ère dans la psychiatrie et était le dernier mot dans la lutte séculaire pour la liberté des aliénés; que l'on pouvait, par ce régime, transformer tout asile d'aliénés encombré et négligé en un hôpital bien rangé et bannir complètement l'isolement dans les cellules, voire même décentraliser, grâce à cette méthode, la psychiatrie et traiter presque tous les aliénés dans les salles des hôpitaux ordinaires et à domicile. D'autres étaient d'un avis différent: ils avançaient qu'en appliquant avec insistance ce régime on était conduit aux abus, les malades seraient parfois maintenus de force par quatre à cinq gardiens pendant quelques jours, leur corps se couvrirait d'ecchymoses, et c'est pourquoi le régime au lit largement et fermement appliqué était un retour au système « restreint »; on ajoutait que l'attention portée un moment sur ce régime, était un des nombreux entraînements et qui commençait déjà à passer. Entre ces deux opinions extrêmes il y a eu celle de ceux qui, tout en attribuant au régime au lit une grande valeur dans le traitement des malades agités, insistaient sur ce qu'il y aurait de préjudiciable à généraliser son application et que pour cela il y aurait nécessité à faire des indications et contre-indications à son sujet. Enfin, qu'en se servant de ce régime, il n'y avait pas lieu de dédaigner les autres méthodes qui avaient été déjà d'une utilité incontestable dans l'assistance des aliénés, par exemple, le régime de travail.

Outre ces points principaux, même divergence d'opinions sur ce qui concerne le mode même de l'application du régime au lit. Ainsi les uns pensaient qu'il devait avoir pour condition absolue l'organisation d'un quartier d'observation, où seraient mis tous les excités qui demandent à être particulièrement surveillés et tous les malades nouvellement arrivés; d'autres disaient que c'était faux de mettre ainsi les malades de différentes catégories ensemble; les uns insistaient sur la nécessité d'éviter absolument l'isolement pendant ce régime, tandis que les autres l'admettaient à la rigueur; les uns disaient qu'il y avait lieu de se servir alors des salles communes, les autres, que le meilleur moyen du régime de l'alitement était, au contraire, dans des chambres séparées aux portes qui ne ferment pas; les uns admettaient l'usage de telles mesures, comme le maintien au lit par des infirmiers, l'emploi des enveloppements humides et secs, de quelques médicaments

sédatifs puissants, tels que la duboisine, l'hyoscine, les autres considéraient tout cela comme barbare; enfin les uns voyaient dans le régime au lit un puissant moyen thérapeutique qui bien que ne guérissant pas la maladie même, en adoucissait énormément les manifestations, tandis que les autres lui refusaient toute valeur thérapeutique.

On voit d'après tout cela que les aliénistes russes étaient en train d'émettre à peu près les mêmes opinions que ceux des autres pays et que les avis concernant le régime au lit et son application étaient aussi différents que partout ailleurs.

En analysant les opinions émises je trouve que la différence d'avis tient d'une part à l'exclusivisme de l'expérience personnelle, d'autre part à ce qu'on n'entendait pas toujours la même chose par le régime au lit : tandis que les uns en parlaient comme d'un « système » dans l'organisation générale de l'asile, d'autres ne le considéraient que comme un procédé thérapeutique dans les cas isolés. Cependant ces deux côtés de la question doivent être bien distincts.

Par un « système » dans le traitement des aliénés nous voulons dire tout un ensemble de mesures qui ont pour but de régler, pour ainsi dire, la manière de vivre des pensionnaires des asiles d'aliénés. Tels sont le « système de l'influence morale », le système du « no-res-traint », le « système des portes ouvertes », le « système du régime ouvrier ». Par analogie et particulièrement grâce aux indications de M. Cl. Neisser, s'est formé le « système du repos au lit ».

Les éléments faisant partie de ce système ne sont pas encore, d'ailleurs, assez exactement définis, ce qui contribue en partie à ce que les avis soient différents. Pour ma part, je crois que ce système comprend principalement ceci : 1) l'usage du lit est considéré comme un élément essentiel du traitement, et la durée du séjour au lit est établie pour chaque jour suivant les indications et contre-indications et qui changent d'un individu à l'autre; 2) le séjour au lit des malades s'obtient non pas par violence, mais par influence morale (persuasions, douceurs, rappels) et par l'effet suggestif du milieu hospitalier; 3) une partie intégrante obligatoire du système de l'alitement doit être une organisation spéciale de la surveillance des malades.

J'y ajouterai volontiers, de mon côté : 4) que l'usage des cellules doit en être exclu. Cependant, vu que plusieurs de nos confrères, tout en appliquant systématiquement le repos au lit, se servent également de cellules, je pense que le refus de se servir par principe des cellules n'est pas une condition fondamentale du système en question.

Il va sans dire qu'ici, comme dans tout autre système appliqué à la psychiatrie, il y a, à côté des éléments principaux, une foule de détails, tels que, par exemple, l'amélioration de l'observation clinique et, comme conséquence, une meilleure application des différents moyens thérapeutiques, etc. Arrêtons-nous sur chacun des points que j'ai avancés :

1. Je crois que le système de l'alitement à l'asile est réglé d'après l'examen de chacun des malades en traitement et qu'on s'était bien posé la question, dans quelle mesure le régime au lit convenait à tel ou tel malade. Dans certains cas, il faut un repos au lit prolongé, presque constant pendant quelques semaines et même des mois; dans d'autres ce repos se réduit au minimum; par exemple, le malade ne reste au lit que la nuit et le matin jusqu'à la visite du médecin. Ce dernier établit, comme toute autre mesure thérapeutique, la durée du séjour au lit et combien il doit être continu. Je crois que *les indications précises sur la durée et le mode d'application du repos au lit écarteraient bien des objections essentielles qui se font à ce système*. Chez nous on divise, d'après la durée, le régime au lit, de la façon suivante :

1^o Le régime au lit absolu, lorsqu'on veut que le malade soit constamment au lit. Il arrive certainement que le malade se lève brusquement, se met à marcher, alors on lui rappelle qu'il ne doit pas le faire; dans la plupart des cas les malades, même astreints au régime absolu, sont autorisés à aller au cabinet (après avoir préalablement mis leur robe de chambre) ou à se servir d'une chaise percée. Il n'y a que les malades très faibles sous lesquels on passe le vase. Il va sans dire qu'il n'y a point d'infraction au régime, si le malade est *assis* dans son lit. La position horizontale continue n'est exigée que dans des cas peu nombreux. Le régime au lit absolu, appliqué dans les psychoses aiguës, ne doit pas durer longtemps: il ne faut pas oublier qu'il y a alors souvent de mauvaises suites. C'est pourquoi dans la plupart des cas, même chez les malades très agités, mais apyrétiques, on ne s'en sert que pendant quelques jours; mais on est obligé de prolonger davantage ce régime chez les malades fébriles ou souffrant de maladies somatiques.

2^o Le repos au lit avec l'autorisation de s'asseoir pendant le dîner, sur la chaise qui se trouve près du lit ou de la table; les malades, pendant ce temps, passent également un léger vêtement de dessus.

5^o Le repos au lit avec l'autorisation de faire une promenade une ou deux fois par jour. Les malades, avant de sortir, mettent leurs vêtements; puis, une fois rentrés, ils se déshabillent et se couchent de nouveau.

4° Le régime au lit avec l'autorisation des promenades et d'un séjour dans les salles communes pendant le dîner et le souper ou bien pendant quelques heures entre ces deux repas ; la durée du séjour hors du lit est fixée très exactement.

5° Le repos au lit jusqu'à la visite de matin du médecin. Ensuite, si ce dernier l'autorise, il est permis au malade de rester toute la journée hors du lit. La plupart du temps de tels malades, surtout dans les premiers temps, se recouchent pendant la journée, selon leur propre désir. Beaucoup d'entre eux se reposent également après le bain.

6° Enfin il y a des cas plus ou moins nombreux dans lesquels les malades sont autorisés par le médecin à se lever avant sa visite. Ce sont quelques convalescents et des malades chroniques tout à fait calmes qui s'occupent de travaux. Ces malades sont ordinairement placés dans des salles à part pour ne pas provoquer, à cause de leur régime, de protestation chez d'autres malades. S'ils sont plusieurs, ils sont mis dans des pavillons particuliers et constituent la colonie ouvrière.

Il va sans dire qu'une telle classification des malades d'après la durée de leur séjour au lit, doit se faire sans pédantisme paralysant ni sévérité extrême : il faut toujours avoir présent à l'esprit que c'est le régime qui existe pour le malade, et non pas le malade pour le régime.

Il s'ensuit de ce qui vient d'être dit que le « système » du régime au lit peut être appliqué même alors qu'il y a, à un moment donné, très peu de malades astreints constamment à ce régime, que cela tient à l'assortiment même des malades ou bien à d'autres conditions. Le principe du système du traitement par le repos au lit sera tout de même observé si le médecin établit bien chaque fois la durée du séjour au lit pour chaque individu et que la nécessité de considérer l'état du malade sous ce rapport pénètre tout le personnel du service ainsi que les malades eux-mêmes.

II. Quant au second point fondamental du régime au lit, je crois que le milieu doit contribuer à ce que le malade se couche volontairement. Pour cela, il faut d'abord une organisation bien ordonnée, ensuite que les gens du service et la plupart des malades aient tous la conscience de la nécessité de cette mesure. Cette conscience collective est élaborée par le but tracé d'avance, les procédés définis et les rapports méthodiques, et, de son côté, favorise le perfectionnement de tous les moyens qui contribuent à ce que les malades, même les plus agités, prennent l'habitude du lit. Parmi les facteurs qui agissent dans ce sens, est celui-ci, à savoir que l'on engage chaque malade nouvel-

lement arrivé à se mettre au lit, et le temps qu'il y séjournera dépend uniquement de son état de santé apprécié par le médecin; les malades ne gardent que leur linge de corps et sont couchés de préférence dans les salles communes. C'est l'expérience et l'intelligence du personnel surveillant qui dictent l'ordre de la répartition des malades. Dans la plupart des cas, l'effet suggestif du milieu sur la sphère psychique du malade est tel qu'il reste couché sans protestation. Chez les malades agités, il n'est pas rare de voir que les premiers jours, ils s'y obtiennent un peu; mais cela dure ordinairement très peu, un jour ou deux, après quoi ils se couchent de leur propre chef. Il en est ainsi dans la plupart des cas, lorsque le malade se trouve dans la salle commune.

Cependant, il y a, incontestablement, des cas où le malade proteste beaucoup contre ce régime. On se comporte alors différemment avec lui : tantôt il est isolé, mais ayant la liberté des mouvements dans sa chambre, tantôt il est maintenu au lit.

Plusieurs des aliénistes s'élèvent avec raison contre le *maintien au lit par des infirmiers* : il irrite souvent les malades qui ne peuvent souffrir aucun contact, augmente l'excitation, s'accompagne de lésions, telles que meurtrissures, ecchymoses, et constitue par lui-même une violence grossière. C'est pourquoi beaucoup le repoussent absolument. Quant à moi, il faut que je dise que je ne crois pas que l'on ne doive jamais user de ce moyen : il est nécessaire lorsque le malade tend à se faire des lésions importantes, il est quelquefois également nécessaire pour que le malade reste au lit. Il y a des malades pour lesquels le repos au lit est d'une indication vitale (des malades fortement excités, avec une température élevée, propice à un épuisement rapide). Dans des cas pareils, il est préférable de recourir au maintien que de laisser le malade dépérir dans la chambre isolée. Mais si j'admets dans quelques cas isolés le maintien des malades au lit par les infirmiers, je ne saurais trop insister sur ce qu'il est nécessaire uniquement par des *indications exceptionnelles* et n'entre nullement comme élément dans le *système* de l'alitement, comme n'entre pas non plus dans le système de No-Restrained la camisole en cas de lésions chirurgicales, bien qu'elle soit admise dans les établissements où ce système se pratique. Et de même que dans le système de No-Restrained, on arrive à la fin des fins à ne pas être forcé de recourir à la camisole pour les malades chirurgicaux, de même, en imposant progressivement le régime au lit régulier, on finit par être de moins en moins obligé de faire maintenir les malades dans leur lit.

III. L'organisation d'une surveillance régulière constitue le troisième

élément fondamental du système de l'alitement. Quelques-uns croient précisément que ce qui caractérise le nouveau système, c'est qu'il se pratique dans le soi-disant « quartier d'observation », où l'on met tous les malades qui exigent une surveillance particulière, les dangereux ainsi que les faibles, avec des maladies aiguës et tous ceux qui viennent d'entrer à l'asile. Je considère également l'organisation spéciale de la surveillance comme un élément nécessaire du système en question ; mais l'essentiel pour moi, c'est que tous les gens du service et les malades se pénètrent de la notion qu'il faut une surveillance qui ne porte pas tant le caractère d'une surveillance de garde, mais qui se traduit plutôt par des soins ou une façon *d'observer, de guetter* les différentes manifestations de la maladie, les psychiques entre autres, bien entendu. Je considère comme faux de concentrer les soins de ce genre seulement dans les quartiers d'observation. Ils doivent être répartis dans tout l'asile, et non pas dans un ou deux pavillons d'observation. Je suis complètement d'accord avec ceux qui croient que l'entassement dans la même salle des malades de nature très différente puisse être pénible pour bien des malades, et alors la division du local par des paravents mobiles ou des cloisons n'allant pas jusqu'au plafond ne fait pas grand'chose. Il est beaucoup plus pratique d'avoir pour les malades qui agissent mal l'un sur l'autre, des locaux différents, dans lesquels la surveillance et les soins sont également constants et ponctuels. Avec un régime d'alitement bien organisé, cela ne demande pas d'augmentation du nombre des infirmiers : il faut seulement que les locaux soient disposés de façon que les infirmiers en réserve puissent rapidement arriver à l'endroit où l'on en aurait le plus besoin.

Les quelques malades qui sont excités par la présence d'autres malades ou qui sont agressifs, doivent être traités dans des *chambres à part* qui n'ont cependant rien de commun avec les cellules habituelles. Nous avons des confrères, le professeur Békhtérew et ses élèves, par exemple, qui considèrent que le régime au lit dans des chambres séparées, aux portes ouvertes, est préférable à celui dans des salles communes. Mais je suis d'un autre avis : le système du régime au lit réussit particulièrement bien et produit son puissant effet précisément là où on l'applique dans des *salles communes*. Dans les maisons de santé privées où les malades ont des chambres à part, l'effet n'est plus le même. Il va sans dire qu'on doit avoir dans chaque asile des pièces pour une personne, mais ce n'est pas la base du système du régime au lit. En outre, la surveillance dans les chambres séparées a souvent un caractère importun, agaçant, tandis que, dans les salles

communes, répartie qu'elle est sur plusieurs malades, elle a plutôt l'air de soins prodigués.

IV. Je disais plus haut que j'aurais volontiers ajouté au nombre des éléments fondamentaux du système de l'alitement la condition absolue de mettre hors d'usage les chambres isolées d'ancien type. Je crois qu'il n'y a rien qui favorise si fortement le développement du régime au lit que la décision prise de ne point se servir de telles chambres. Ainsi que la résolution formée de ne plus employer la camisole de force a créé toute une série de moyens, qui appartiennent au côté dit positif du système du No-Constraint, il en est de même du rejet de l'usage de chambres isolées (j'ai en vue les cellules de l'ancien type), qui doit faire naître une série de mesures et le perfectionnement du système en question. C'était précisément l'idée qui nous guidait, nous, le Dr Govséiev à Ekaterinoslaw, par exemple, et moi à la clinique de Moscou, et nous avons réussi l'un et l'autre à faire tomber l'isolement cellulaire en désuétude complète. Cependant beaucoup d'honorables aliénistes ne croient pas possible de le bannir complètement et s'en servent à côté du régime au lit. C'est pourquoi je renonce à considérer le non-usage des cellules comme un élément indispensable du système de l'alitement.

Le système du repos au lit bien organisé a des *avantages* incontestables.

Comme ils sont connus de tout le monde, je n'en énumérerai que les principaux : l'augmentation de l'ordre extérieur et de la bonne organisation des asiles, surtout de ceux qui sont pauvrement montés et très encombrés ; la diminution des conséquences défavorables de l'isolement, les soins étant devenus plus faciles ; une plus grande garantie de la sécurité ; l'amélioration de l'observation clinique et du traitement des malades ; d'autres y ajoutent : l'augmentation du nombre des guérisons, la réduction du coût d'assistance et la simplification du traitement par la « décentralisation de la psychiatrie », car le régime au lit donnerait la possibilité de soigner ces malades dans des salles qui leur seraient assignées aux hôpitaux ; mais ce dernier point est encore contestable.

A côté des partisans enthousiastes du régime au lit qui y voient un très puissant moyen dans le traitement des aliénés, capable de convertir tout asile d'aliénés défectueux en un hôpital bien organisé, il existe assez de sceptiques qui regardent le nouveau régime comme un entraînement et même un pas en arrière en psychiatrie. Bien que je doive reconnaître que beaucoup des objections que font les adversaires du régime sont judicieuses, il n'en est pas moins vrai que tous

les reproches ont trait non pas au système même, mais aux *abus* qu'il entraîne.

En effet, il peut y avoir des abus avec le régime au lit. — Le premier que je voudrais signaler, c'est que ce système prédispose beaucoup à l'inactivité, au quiétisme, non seulement les malades, mais aussi les médecins. C'est qu'effectivement, très souvent, avec ce régime on prête très peu d'attention à tout ce qui pourrait éveiller l'énergie psychique du malade, on pense peu à ce qui pourrait utilement l'occuper, aux distractions. On dit même par une sorte d'opposition : le régime au lit serait propre aux maladies aiguës ; le régime ouvrier, aux maladies chroniques. C'est tout à fait inexact. Presque tous les malades, après une certaine période, parfois courte, de leur maladie aiguë, ont besoin d'une stimulation intelligente de leur énergie psychique, et non pas d'une dépression de cette énergie. On dit couramment : les maladies mentales sont des maladies comme celles du corps et si le repos est nécessaire aux dernières, il en est de même pour les maladies mentales ; mais on ne tient pas compte du fait que même dans le traitement des maladies somatiques, on s'adresse souvent aux exercices et aux mouvements appropriés. Ceux de nos collègues, qui prennent plaisir à noter que sous le régime de l'alitement les asiles d'aliénés ressemblent beaucoup aux hôpitaux somatiques, ont l'air d'oublier que ce n'est pas toujours un éloge qu'ils leur font : ainsi, dans un asile d'aliénés bien organisé, il doit se faire pour les malades beaucoup plus que dans les hôpitaux somatiques qui manquent même parfois de jardins pour les promenades, et, sous ce rapport, il n'appartient pas aux établissements consacrés aux aliénés d'imiter les hôpitaux somatiques, mais bien le contraire.

En ce qui concerne la prédisposition à l'inactivité (le quiétisme), elle n'est pas une conséquence nécessaire du système du régime de l'alitement. C'est un abus ou un malentendu. Ça ne doit pas arriver si le régime est bien réglé, comme je l'ai indiqué plus haut. On n'a recours au repos au lit absolu, qu'après avoir bien pesé toutes les indications et les contre-indications et on le remplace aussitôt que possible par le repos modéré ; ainsi on arrive parfaitement à combiner ce système avec le régime ouvrier, ainsi qu'avec l'influence morale qui éveille l'énergie.

La seconde objection que l'on fait au système en question, c'est que, lorsqu'il est suivi par la contention forcée par les infirmiers ou bien par des enveloppements, etc., il est un retour au *système restreint*. Mais, comme je le disais plus haut, le régime au lit bien organisé n'a presque rien de commun avec la contention, comme élément du sys-

tème. Le maintien par les infirmiers n'est effectué que s'il y a une indication individuelle, ce qui peut arriver avec n'importe quel système, ou bien il n'est qu'une irrégularité ou un abus. — Mais on ne peut certainement pas nier que cette mesure provoque parfois des protestations de la part des malades et ne leur soit pas par conséquent un objet de vexation ; mais pour le moment nous ne pouvons pas encore, dans le traitement de tous les aliénés, leur éviter toute vexation, du moins dans la plupart des hôpitaux : le placement lui-même à l'hôpital en est souvent une.

La troisième objection à faire, c'est que l'on ne sait pas encore suffisamment clairement à *quel point le repos au lit prolongé peut en général être utile ou nuisible*, et cependant plusieurs de nous considèrent comme élément principal de ce régime le séjour au lit prolongé pendant des mois, et même qu'il soit presque absolu. Mais j'ai eu déjà l'occasion de dire, que l'examen rigoureux de chaque cas particulier est indispensable et doit nous guider dans les indications du régime, comme d'un *moyen thérapeutique*.

Il est vrai que les indications et contre-indications du repos absolu comme *moyen thérapeutique* chez les aliénés n'ont pas encore de base scientifique rigoureuse. Si étrange que cela paraisse, il en est pourtant ainsi : depuis les temps immémoriaux on se sert de la position horizontale et du repos au lit comme d'une mesure thérapeutique générale, et cependant il y a très peu de recherches bien scientifiques relatives à l'effet du régime au lit, et encore moins relativement à son effet sur les fonctions de l'organisme qui sont si importantes dans la thérapeutique des maladies mentales. Nous avons bien depuis quelque temps toute une série d'observations prises sur des aliénés traités par le repos au lit, comme, par exemple, celles des docteurs Trapeznikow, Ossipow, Lacombe, Toulouse et Marchand, Clausolles et d'autres. Ces recherches ont démontré que l'effet calmant du repos et de la position horizontale sur le travail du cœur et la respiration était incontestable et que, par conséquent, l'action favorable de l'alitement sur beaucoup d'états affectifs était hors de doute ; mais cela n'est pas suffisant cependant. Il serait de la plus haute importance pour nous de savoir à quel point le repos au lit est susceptible, surtout chez les aliénés, de paralyser l'énergie de l'activité psychique et la force directrice de l'esprit (la perception active de Wundt) — laquelle faiblit si souvent dans les psychoses. Il n'y a pas eu de recherches du tout à ce point de vue, autant que je sache, et cependant on se pose involontairement la question, si le séjour au lit par trop prolongé ne pourrait pas, en affaiblissant l'énergie mentale, contribuer au passage des formes

curables de l'« amentia » en formes incurables, et si la forme diagnostiquée « dementia præcox » ne serait parfois qu'autre chose que la terminaison défavorable d'un processus curable et qui s'expliquerait par le non-emploi opportun des moyens stimulant l'énergie de l'activité psychique; on se demande aussi s'il n'y aurait pas quelque rapport de cause à effet entre la fréquence plus grande du diagnostic de « dementia præcox » et l'application du repos au lit prolongé chez des sujets jeunes dans quelques hôpitaux.

Ensuite, bien que le régime au lit soit employé avec succès pour le traitement des chlorotiques, nous savons très peu de chose sur l'effet du repos au lit prolongé sur l'hématose, sur la composition du sang et sur l'expulsion de l'organisme des produits de désassimilation et des toxines. Et cependant c'est très important pour les psychoses qui dépendent souvent d'auto-intoxication. L'expérience nous apprenant que le repos prolongé a une action indubitable sur les échanges, on peut admettre théoriquement que l'absence des mouvements ne reste pas sans influence sur les os et la moelle osseuse, par conséquent sur la composition du sang. Sous ce rapport il nous faut des recherches exactes et jusque-là nous ne pouvons marcher qu'à tâtons et n'établir les indications et les contre-indications que d'une façon empirique.

Nous savons cependant par expérience que l'effet thérapeutique du régime au lit sur les maladies mentales est incontestable. Certaines formes graves avec le complexus symptomatique de « delirium acutum » ou de « delirium tremens febrile » sont devenues sous ce régime presque toutes non mortelles, d'autres formes avec l'excitation maniaque suivent leur cours d'une manière beaucoup plus tranquille; les cas de suicide sont devenus plus rares chez les mélancoliques, les malades faibles conservent plus de forces avec le régime au lit. — D'où l'indication formelle du régime au lit plus ou moins constant et d'une durée plus ou moins longue chez la plupart des malades agités, surtout les maniaques purs, les malades faibles et fébriles, les mélancoliques, enfin, chez presque tous les malades atteints de formes aiguës des psychoses à leur période initiale. Lorsque la maladie passe de la période initiale à la phase stationnaire, il faut user du régime au lit avec prudence et *n'en pas abuser en durée*. Il faut toujours penser au fait que nous ne savons pas encore comment le repos au lit agit sur l'énergie de la force directrice de l'esprit dans les formes si fréquentes d'« amentia » (confusion mentale, amentia de Meynert, dysnoïa). Dans l'ignorance où nous sommes, il ne faut jamais oublier le premier précepte de la médecine : *non nocere*, et ne pas dédaigner, à cause de la commodité et de la facilité du maintien au lit des amen-

tiques, les moyens dont on use avec succès dans les hôpitaux bien organisés, où le système du travail est régulièrement établi et où l'on pratique d'une manière suivie l'influence morale intelligente. En disant cela, je ne veux point contester l'utilité du régime qui nous occupe; bien au contraire, ce que je dis là ne fait que ressortir ce qui est, selon moi, nécessaire comme élément fondamental d'un système bien organisé, à savoir l'individualisation rigoureuse du régime au lit comme moyen thérapeutique.

Il m'est impossible de m'arrêter plus longuement sur mes idées relatives aux indications et aux contre-indications. — J'en parlerai davantage dans un article plus long consacré à cette question.

De même je ne puis aborder ici qu'en passant la question de savoir quelles seraient les modifications que le régime au lit amènerait dans la construction des asiles d'aliénés. — Les changements essentiels ne seraient pas bien grands. Il faut la même organisation des ouvrages, des occupations et des distractions; il faut également des salles communes, les dortoirs ainsi que des résidences de jour. Il n'y a que les dortoirs qui doivent être disposés d'une façon plus hygiénique (du côté ensoleillé) et offrant plus de facilité pour les soins et la surveillance; il est préférable de disposer les dortoirs surtout pour les malades agités à l'étage inférieur (rez-de-chaussée) pour que l'on puisse rouler leurs lits dans le jardin. Ensuite on n'a pas besoin du tout des bâtiments composés uniquement des pavillons isolés (cellules). Les pièces à un lit doivent se trouver près des salles ou des dortoirs communs, où les malades sont alités.

Conclusions.

1. Dans la question du traitement des maladies mentales par le repos au lit, il faut distinguer le « système de l'alitement » comme mode d'organisation intérieure des asiles et l'usage de l'alitement comme moyen thérapeutique.

2. Les bases du système de l'alitement sont les suivantes : *a)* l'usage du lit est considéré comme un élément essentiel du traitement; *b)* le séjour au lit est obtenu non pas par violence, mais au moyen de l'influence morale et de l'effet suggestif du milieu; *c)* il doit avoir une organisation particulière de la surveillance qui ne serait qu'une manière de soigner les malades et de suivre et de bien observer les symptômes physiques et psychiques de la maladie.

Le refus de se servir par principe des cellules n'est pas une condition fondamentale du système en question, mais il contribue puissam-

ment au développement du régime au lit; d'un autre côté la diminution d'usage des cellules est un des premiers bienfaits de ce régime.

5. La régularisation exacte du temps de séjour des malades au lit, des promenades et des occupations en dehors du lit, constitue la partie essentielle de ce système; le séjour au lit doit être réglé dans tous ses détails depuis le séjour au lit absolu jusqu'au plus limité.

4. L'usage des salles communes est un puissant moyen dans l'organisation régulière du système de l'alitement, bien que l'on soit obligé d'appliquer le régime au lit également dans les chambres séparées; mais cela a dans le système en question une importance secondaire. Le maintien forcé au lit n'est pas un élément du régime de l'alitement comme système.

5. Les principaux avantages du régime au lit sont : un plus grand ordre dans l'asile, surtout s'il est encombré; une sécurité plus grande pour les malades; une plus grande facilité pour leur donner des soins et pour l'observation clinique; l'usage restreint des chambres isolées; le système du repos au lit est susceptible d'abolir complètement l'emprisonnement dans les cellules. Les maladies caractérisées par des états d'agitation ont une marche plus modérée; dans les asiles, où le système de l'alitement est appliqué, la mortalité de quelques psychoses graves aiguës est notablement diminuée.

6. Avec le système du régime au lit, il ne faut pas non plus négliger les autres systèmes qui agissent favorablement, comme celui de l'influence morale, celui du No-Restraint, du régime du travail ou de celui des portes ouvertes. Une combinaison heureuse de ces systèmes est très possible. Le quiétisme, qui se développe parfois, sous l'influence du régime de l'alitement, chez le personnel médical de l'asile, n'est qu'un abus.

7. Les indications pour le repos absolu ne sont établies que d'une manière très insuffisante. Pour avoir des indications à base scientifique, il est nécessaire non seulement de multiplier les recherches, mais aussi d'élargir leur sphère. Ce qui mérite d'être étudié, c'est l'effet du repos au lit et du manque d'exercice sur la composition du sang, sur l'expulsion de l'organisme des toxines, sur les fonctions psychiques, surtout sur l'énergie de la force directrice de l'esprit (la perception active).

8. L'indication principale pour le repos au lit est l'état d'excitation des malades. Le régime au lit très prolongé et appliqué d'une manière rigoureuse est contre-indiqué chez les malades à l'intelligence paresseuse, prédisposés à l'apathie, à l'anémie et à la masturbation. Il serait

très important d'étudier l'effet que ce régime produit sur les maladies psychiques chez les sujets jeunes pour que celles-ci deviennent chez eux incurables.

9. Le repos au lit doit être appliqué, d'une manière différente suivant les indications individuelles, presque à toutes les psychoses à forme aiguë, surtout à la période initiale de la maladie. Il agit surtout favorablement sur la plupart des malades maniaques, sur ceux qui souffrent du délire alcoolique, dans beaucoup des formes de confusion mentale et de mélancolie. Il peut y avoir des indications vitales à l'appliquer chez des malades dont le trouble mental se rattache à une infection, une haute température et chez les personnes très épuisées.

**DE L'ALITEMENT (REPOS AU LIT) DANS LE TRAITEMENT
DES FORMES AIGÜES DE LA FOLIE ET DES MODIFICATIONS QU'IL POURRAIT
ENTRAINER DANS L'ORGANISATION
DES ÉTABLISSEMENTS CONSACRÉS AUX ALIÉNÉS**

RAPPORT

par M. le docteur Clemens NEISSER,

Médecin de l'asile d'aliénés de Leubus.

Le Comité d'organisation de la section de psychiatrie, messieurs, a bien voulu me prier de présenter devant cette illustre assemblée un rapport¹ sur l'alitement dans le traitement des maladies mentales aiguës et sur les modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements d'aliénés. Je réponds à cette honorable invitation avec d'autant plus de plaisir que je suis persuadé que cette nouvelle impulsion contribuera à faire généraliser définitivement l'introduction de ce procédé, si important pour l'organisation des établissements d'aliénés, pour le traitement et les soins à donner aux malades, pour l'opinion que le public a à se faire au sujet des asiles et des aliénés et — last not least — dans l'intérêt de l'étude clinique des maladies mentales. Le système de l'alitement a reçu une extension

1. Au moment de présenter mon rapport, j'avais promis à mes collègues français d'en présenter une traduction française. Je la dois à mon ami le Dr Otfried Foerster, de Breslau, et je ne saurais trop le remercier pour la bienveillance qu'il a eue à mon égard.

Le travail original allemand a paru chez MM. Seitz et Schauer, à Munich.

considérable depuis la dernière période décennale. En Allemagne, il n'y a plus qu'un tout petit nombre d'établissements qui n'ont pas suivi le courant. Ce n'est pas sans une certaine satisfaction que je constate que la méthode a été introduite en Russie par notre estimé confrère Timoféïew, qui l'avait vue appliquée à l'asile de Leubus; elle eut bientôt de nombreux imitateurs. En Suisse, Wille avait été un des premiers, et depuis de nombreuses années, à préconiser chaudement l'alitement. En Hollande, Brosius, le célèbre psychiatre allemand, qui fut un des premiers lutteurs en faveur du no-restraint, y fut le premier aussi à recommander l'alitement, en se référant au rapport présenté par moi au X^e Congrès international de Berlin, en 1890. En Angleterre et en Amérique, d'importantes discussions eurent lieu à ce sujet; et, depuis quelques années, des cliniciens français illustres ont également entamé avec enthousiasme la lutte en faveur de la méthode. Les travaux de Magnan, Sérieux, Toulouse, Pélas, Clausolles et d'autres ont contribué singulièrement à faire porter cette question capitale de thérapeutique à l'ordre du jour du Congrès. Ces travaux donnent aussi la preuve de la grande importance qu'on y attache.

Messieurs, permettez-moi de pénétrer immédiatement dans le cœur de la question.

L'alitement a été l'objet de beaucoup de critiques, et, j'ajouterai, de malentendus de la part de quelques auteurs. J'espère pouvoir y répondre facilement et clairement en établissant une distinction entre L'ALITEMENT EN TANT QUE RÉGIME GÉNÉRAL ET L'ALITEMENT EN TANT QUE MOYEN THÉRAPEUTIQUE.

Cette distinction semble artificielle et arbitraire jusqu'à un certain degré, puisque le régime général est composé de l'ensemble des prescriptions spéciales. Mais, d'une part, la valeur de tout le régime dépend également des questions techniques, économiques et d'autres questions d'utilité générale; et, d'autre part, la pratique de l'alitement, considérée isolément, dépend, pour la facilité de l'exécution dans chaque cas, totalement de l'organisation générale de l'établissement.

Depuis plusieurs années, j'ai formulé LE PRINCIPE GÉNÉRAL, *que pour tous les individus dont l'attitude et la manière d'être sont désordonnées, agitées ou seulement frappantes, qu'il s'agisse de maniaques ou de mélancoliques, de malades atteints de confusion mentale ou de paranoïques, d'épileptiques, d'alcooliques, de paralytiques généraux ou de simples déments, il est préférable de les confier à l'alitement. Ils peuvent, lorsque le médecin n'y voit aucune objection, quitter le lit pour prendre part à un travail, à une distraction, à une promenade au*

jardin ou aux repas en commun; mais il faut éviter énergiquement que les aliénés stationnent stupidement et flânent dans les corridors et dans les salles de réunion, tels qu'on les voit d'habitude dans les anciens asiles¹.

A l'heure actuelle, je n'ai rien à ajouter à cette formule générale. Vous voyez, et j'y insiste expressément, que ce régime comprend tous les habitants de l'établissement, quelle que soit la forme ou la durée de la maladie, *qu'il s'agisse des cas chroniques ou des cas aigus*. C'est grâce à ce régime que les maisons d'aliénés ressemblent, quant à l'aspect et au caractère, aux autres hôpitaux. Si chaque malade doit être soumis ou non à ce régime, en tout cas et à chaque moment, c'est là une question qu'il appartient au médecin seul de résoudre.

C'est par l'alitement que doit débiter le régime de l'asile. Immédiatement après son entrée, le malade est confié au bain, puis mis au lit. L'examen médical de tout malade exigeant que celui-ci soit au lit, il en résulte que *cette première prescription ne constitue pas une indication thérapeutique spéciale*. C'est là cependant une condition requise pour tous ceux qui veulent ériger l'alitement en régime général. Non pas que, dans un temps donné, tous ou presque tous les malades doivent passer par le repos permanent au lit, — cela ne sera pas toujours le cas et dépendra naturellement de la nature de la maladie, — mais l'alitement est évidemment la première règle de la maison et non la première prescription; sa suspension ou sa modification se fait, comme dans tout hôpital, suivant la prescription spéciale du médecin. *Ce n'est que de cette manière que se crée ce milieu où l'on peut pratiquer librement, c'est-à-dire sans difficultés, l'alitement dans les cas où il existe des indications thérapeutiques.*

Je tiens à y ajouter qu'il importe, dans l'intérêt du régime, de tenir tous les malades en permanence au lit, au moins pendant les premiers jours après leur arrivée à l'asile. Je ne fais d'exception que dans les cas rares. Contrairement à l'opinion de MM. Briand et Pélas, je recommande surtout ce procédé chez les malades apparemment intelligents et lucides, inconscients de leur état maladif, chez ces paranoïques qui protestent avec énergie contre leur collocation. C'est par

1. Je me sens obligé de répondre ici à certaines attaques personnelles. Je n'ai jamais eu la prétention de faire croire que j'ai inauguré l'application thérapeutique de l'alitement dans les cas d'excitation psychique. Au contraire, dans mes publications, j'ai rendu un hommage chaleureux à qui revient l'honneur de cette heureuse innovation; mais je revendique pour ma part, et avec une juste satisfaction, quelques succès de la propagande et, abstraction faite de quelques détails, je revendique surtout d'avoir inauguré l'alitement en tant que régime général des établissements dans le sens ci-dessus formulé et d'avoir démontré qu'il peut être introduit d'emblée, et avec succès, même dans les anciens asiles.

ce procédé que l'ordre de la maison ne manque pas son influence bienfaisante sur eux et facilite leurs relations avec les gardiens et le médecin; le danger a considérablement diminué et leur retour à l'alitement, en cas de nouveaux états d'excitation, ne trouve plus de difficultés; le malade y est préparé d'avance. Dans tous les cas, par ce procédé de l'alitement, on ne rencontre plus qu'exceptionnellement ce méchant paranoïque des anciens asiles, à qui le directeur, parce qu'il ne lui accorde pas la liberté, osait à peine se montrer. Mais je constate que je m'écarte de mon sujet, en parlant des conséquences de l'alitement.

Un bon régime doit viser le repos, l'ordre et la propreté dans tout l'établissement. Pour atteindre ce but, et aussi pour acclimater complètement les malades à l'asile, il importe énormément que *les impressions qu'ils reçoivent dès les premiers moments de leur entrée soient favorables*. Conséquemment, tout nouveau malade sera dirigé vers une division où — malgré la variété des formes morbides — *il ne pourra y avoir que des éléments qui respectent l'autorité médicale, de manière que la visite puisse se faire, sans le moindre désordre, comme cela se pratique dans tout autre hôpital*. Il ne peut être l'objet d'aucune impression de nature excitante, terrifiante ou de sorte qui pourrait lui paraître étrange. Malheureusement, on ne tient pas toujours compte de cette condition, mais je la considère comme très importante. *La question de l'alitement a subi un certain retard parce qu'elle a été confondue en quelque sorte avec celle des quartiers de surveillance*; deux auteurs éminents, Paetz et Scholz, au moment où ils recommandèrent chaleureusement l'alitement, l'ont fait dans des traités qui concernaient avant tout l'organisation de quartiers de surveillance, un point sur lequel tous les deux ont cru devoir revendiquer, chacun pour soi, le droit de priorité. C'était là un fait historique très intéressant, mais peu réjouissant, à savoir qu'il n'y a pas encore longtemps que les aliénés sont soumis à une veille de nuit. Or, il est un grand avantage de l'alitement, reconnu par tout le monde, que la surveillance des malades se trouve excessivement facilitée. Et tout en démontrant, avec raison, les deux nécessités, la surveillance continue et l'alitement, ces questions se trouvèrent pour ainsi dire confondues en une seule : on organisa des salles ou des quartiers de surveillance où les malades furent soumis à l'alitement, tandis qu'ils ne l'étaient pas dans les autres quartiers de l'établissement. C'était là déjà un grand progrès, bien que proportionnellement ce ne fût que le plus petit nombre des malades qui jouissaient de cette insigne faveur du nouveau régime, comme le démontrent les rapports annuels et les plans d'asile. Cepen-

dant le point sur lequel je tiens à insister le plus n'est pas la question de l'étendue plus ou moins grande donnée en premier lieu à l'alitement; mais on n'a choisi d'abord pour l'alitement que ceux des malades qu'il fallait placer dans les quartiers consacrés à la surveillance continue. Donc ce n'est pas seulement la dénomination qui se faisait *de potiori*, mais aussi toute l'application totale du principe. C'est ainsi qu'on réunit tous les malades ayant besoin d'une surveillance continue dans le soi-disant quartier de surveillance et, partant d'un même point de vue, on y plaça également les nouvelles admissions. Mais on reconnut bientôt qu'on créait une situation intolérable et l'on multiplia les quartiers de surveillance. On pensa alors à établir des quartiers spéciaux pour les agités. Cette réforme se trouve aujourd'hui installée dans tous les meilleurs asiles de l'Allemagne, ce qui a exercé la plus heureuse influence sur l'organisation générale des asiles.

Tout en reconnaissant ce progrès, il y a lieu de l'étendre encore. Bien des fois il sera indispensable d'opérer une surveillance toute spéciale chez quelques malades gravement atteints, comme, par exemple, ceux atteints de délire aigu. On n'établira pas, d'une manière trop systématique, le service de la surveillance continue et il suffira d'établir comme principe général que la surveillance des malades qui en ont besoin se fera également pendant la nuit avec les précautions nécessaires. *En tout cas, je pose en principe que, dans la théorie et dans la pratique, la question de l'alitement doit être séparée de celle de la surveillance continue.* Les malades qui sont soumis avantageusement au régime continu ou partiel de l'alitement ne doivent nullement être considérés comme ayant besoin en même temps d'une surveillance de nuit spéciale. A l'asile de Leubus les gardiens peuvent dormir¹ tranquillement dans plusieurs dortoirs. Si l'alitement est organisé seulement dans les quartiers de surveillance et si l'on n'alite en général que ceux qui ont besoin de la surveillance continue, les limites de l'alitement *deviennent trop étroites*. Le groupement des malades en souffrirait parce que la possibilité de placer les malades n'est pas assez variée. *Or, ces groupements sont très importants et ils réclament de la part du médecin une attention continue et très*

1. Je ne voudrais pas renoncer tout à fait à la présence des gardiens, comme Scholz, V. junior le préconise. Il va de soi que pour les gardiens autorisés à dormir on ne peut réclamer d'eux aucune responsabilité pendant les heures du sommeil. Mais dans les cas où des discussions s'engagent entre malades ou que d'autres incidents se présentent, il importe qu'il y ait quelqu'un pour donner des conseils. Toutefois si le gardien n'est pas dans la chambre, il doit se trouver à proximité, de manière à pouvoir en disposer en cas de besoin.

difficile. Le débutant se trompera ici très souvent et dans ce cas on est très tenté, si parfois une trop grande agitation surgit, d'en accuser la nature des malades présents et à douter de l'utilité du régime. Mais très souvent on ne tarde pas à se convaincre qu'en établissant un autre groupement de ces mêmes malades, on obtient de suite des résultats immédiats plus satisfaisants. Plus il y a de variations dans les quartiers, plus il est facile de grouper les malades, plus les résultats fournis par le régime seront avantageux.

Sous le nom d'alitement proprement dit, j'entends simplement le traitement des malades *dans une salle commune*. En fait, cette communauté ne constitue pas la *conditio sine qua non*, mais ajoute un facteur très important pour la réalisation du régime. Il en est ainsi même pour les personnes bien portantes, quand elles sont soumises à un règlement donné. Bien des malades qui refuseraient, dans leur propre chambre, de suivre les prescriptions du médecin, ne s'y opposent pas, ou au moins pas de la même manière, en s'apercevant qu'ils troubleraient le repos et l'ordre chez leurs voisins. D'autres malades, moins conscients, savent se conformer au régime hospitalier et bien se conduire, tandis que chez beaucoup d'autres l'esprit imitatif est instinctif. Quoiqu'il en soit, que ce soit un motif psychologique ou physiologique, c'est un fait incontesté que l'alitement est beaucoup plus réalisable dans des salles communes.

Nous pouvons donc formuler la thèse *que le régime de l'alitement est incompatible, mais pas d'une manière absolue, au principe général de l'isolement*.

Il existe cependant des états maladifs pour lesquels il est mieux d'aliter le malade dans une chambre à part, par exemple pour les malades au traitement méthodique d'engraissement ou les cas aigus dont l'état de perplexité et d'anxiété s'est aggravé parce qu'ils appliquent à eux-mêmes tout ce qui se passe dans leur entourage. Tout en laissant de côté la question thérapeutique, je ferai cependant remarquer que ces mêmes malades peuvent s'habituer dès le commencement à l'alitement dans des salles communes et que plus tard, quand ils seront transmis dans la chambre à part, on établira avantageusement une communication avec le quartier à l'aide d'une porte ouverte. Cette façon de procéder a été préconisée aussi par Heilbronner. — L'alitement dans les chambres à part *chez les malades des classes élevées* se pratique beaucoup moins par pure considération thérapeutique que par considération pour leur manière de vivre. Dans les cas maladifs où il y a contre-indication pour l'isolement, et dont je traiterai plus loin, il faut s'opposer formellement au désir de la famille ou du malade

quand s'exprime le désir d'être traité en chambre isolée. En tout cas on ne pourrait faire de concession que dans les asiles où l'on dispose d'un personnel surveillant suffisant en état de compenser les inconvénients de la méthode.

Le régime de l'alitement facilite la surveillance et les soins à donner aux malades et sans lui ces soins seraient même impossibles dans beaucoup de cas. Partant de ce point de vue, son application peut encore être prescrite là où l'on ne doit plus s'attendre que peu ou point sur une action thérapeutique. A l'asile de Leubus se trouvent alités un assez grand nombre d'aliénés chroniques chez lesquels on ne doit espérer ni guérison ni amélioration, mais qui sont inaptes au travail ou qui, en raison de leur conduite anormale ou désordonnée, ou même en raison de leur état de malpropreté, ont besoin de surveillance et de soins. *A mon avis, tous ces aliénés sont traités plus avantageusement au lit, autant dans leur intérêt personnel que dans l'intérêt général de l'asile.* J'insiste spécialement sur ce point pour répondre à une question de notre honoré collègue Christian et parce que l'opinion, que l'alitement n'est applicable qu'aux cas aigus, se trouve encore trop répandue.

Je remarque incidemment que ces malades chroniques hébétés et peu accessibles aux impressions du monde extérieur constituent un excellent entourage pour les maniaques périodiques qui se caractérisent par leur loquacité et leur suractivité, mais seulement pour autant que cela ne dépasse certaines mesures. On pourrait parler d'une sorte d'isolement *intra vivos* !

Je passe maintenant à L'ALITEMENT COMME MOYEN THÉRAPEUTIQUE.

Messieurs, quand, il y a dix ans, j'ai commencé au 10^e Congrès international de médecine tenu à Berlin, la propagande en faveur de l'alitement, je déclarai formellement : « Malgré cet éloge, je suis bien loin de considérer l'alitement comme une panacée, comme un système spécial de traitement auquel j'attache une valeur universelle ! » J'ajoutais : « Je ne voudrais pas me rendre coupable d'une pareille conception antiscientifique ! » Je le répète encore aujourd'hui pour éviter tout malentendu : L'alitement n'est pas un remède spécifique dans les psychoses, comme il ne l'est pas pour les maladies fébriles ou les affections débilitantes. Il n'est qu'un moyen thérapeutique adjuvant dont l'application est individuelle et peut varier pour les différents cas. L'alitement, ce moyen thérapeutique le plus simple, le plus naturel, à la disposition de tout médecin, comment peut-il être considéré, appliqué aux aliénés, comme un système nouveau ? Seule l'histoire de la médecine mentale en donnera l'explication.

Quoiqu'on ait dit et répété que les aliénés sont des malades, cette manière de voir est restée théorique et ne pénètre que d'une manière bien lente dans le domaine de la thérapeutique pratique. Sans porter ombrage à la haute autorité de M. Doutrebente, j'ose affirmer que le principe de l'aliéné-malade a été insuffisamment appliqué en beaucoup d'endroits, même en France. Trop souvent le traitement employé à l'égard des malades agités n'a été que celui d'un dompteur, soit à l'aide de moyens mécaniques, soit par le soi-disant traitement moral, soit encore par l'encellulement. Il fallait d'abord créer les conditions capables d'instituer un examen scientifique des malades et qui auraient permis de fournir les bases d'un procédé thérapeutique rationnel. Chez un homme entravé, on ne peut pas étudier les phénomènes de la motricité ; chez un homme encellulé nuit et jour, on ne peut se rendre compte de la marche naturelle des phénomènes psychopathiques. *Il fallait vaincre d'abord la peur de l'état asocial du malade avant de pouvoir édifier les bases d'une psychiatrie clinique !*

Sous ce rapport, n'est-il pas très significatif qu'il a fallu un véritable mouvement de propagande pour faire adopter l'alitement ? Était-ce un véritable principe médical celui qui consistait, lors de l'ancien régime, d'avoir séparé les salles de réunion et les dortoirs et d'enlever ainsi le bienfait du lit aux malades qui avaient besoin du repos ? Messieurs, ne nions pas le fait : ce n'étaient pas les considérations thérapeutico-physiologiques et leur nouveauté qui ont donné à la question de l'alitement en premier lieu son importance, mais plutôt on reconnut que ce fut un préjugé qui s'est opposé à son application comme moyen thérapeutique, dans le sens d'un régime médical général.

L'alitement ne répond qu'à une seule indication thérapeutique : *il procure du repos au cerveau*. Il est un remède souverain pour ménager les fonctions du système nerveux et pour réduire les dépenses des forces physiques. Cette action est absolument démontrée pour quelques fonctions isolées, telles que la circulation, la respiration, etc. Son action calmante sur tout le système nerveux moteur est parfois frappante dans les états morbides accompagnés de violentes tendances aux mouvements. *Cette action calmante des organes, toute physiologique, doit être prescrite en principe dans tous les cas aigus*. L'honneur de ce principe revient totalement à Guislain qui, le premier, s'est rendu compte de cette valeur physiologique, et s'en est servi quoique seulement chez les mélancoliques. Le public se préoccupait trop autrefois de l'influence des agents *psychiques* (distractions, diversions des idées malades, conseils pour se relever, pour se mettre au tra-

vail, etc.). Chez ce genre de malades, en confiant les malades au lit, comme Sérieux l'a parfaitement démontré, on allait au devant d'un besoin réel et de la sensation de prostration. Mais Guislain ne s'est pas rendu compte que les mêmes considérations physiologiques sont plus applicables encore aux états maladiés accompagnés de *symptômes d'excitation*. Et c'est ce qu'on rencontre plus ou moins dans la plupart des psychoses aiguës. Nous croyons en conséquence que dans tous ces états l'alitement constitue, conformément aux données physiologiques, une indication rationnelle.

En faisant cette déclaration, je ne prétends point que l'alitement doit constituer l'unique prescription. Au contraire, on ne pourrait prouver suffisamment que le psychiatre doit appliquer toutes ses connaissances médicales à ses malades. Ce n'est qu'en utilisant toute sa science qu'il peut devenir un bon spécialiste. Les vieux procédés de traitement visent trop vers la généralisation et la monotonie. Un des plus grands avantages de l'alitement consiste donc à permettre un examen plus approfondi et conséquemment un traitement général plus complet. Dans l'évaluation des résultats on n'est pas à même de distinguer complètement cette valeur indirecte du régime et l'action thérapeutique immédiate. Les deux traitements s'entr'aident réciproquement : l'alitement facilite l'autre traitement thérapeutique, comme celui-ci vient en aide au premier, et c'est de cette manière qu'on constate que son application gagne chaque jour du terrain.

Les moyens adjuvants les plus importants de l'alitement, en dehors des remèdes médicamenteux dont on ne peut faire ici une mention isolée, sont *une nourriture aussi substantielle que possible* et au besoin *une suralimentation*, telle qu'elle a été préconisée par Kaes et Ganser, puis *l'hydrothérapie*, spécialement sous forme de bains prolongés (avec une surveillance permanente et non dans des baignoires à couvercles) et une digestion très régulière, précaution absolument indispensable pour éviter les états d'excitation. Il en est encore ainsi pour les soins de propreté. On obvie à la malpropreté par des lavages méthodiques de l'intestin, lavages qui rendent des services qu'on ne saurait trop apprécier.

En pratiquant l'alitement on peut essayer assez souvent *de traiter les cas récents à domicile*; ainsi on prévient, en tout cas, des accidents bien fâcheux, jusqu'au moment où il faut procéder à l'internement du malade dans un asile. Si pourtant l'alitement est impossible, ce qui arrive assez fréquemment en raison de l'état d'inconscience, ou par suite de l'agitation et de la résistance excessive du malade, ou s'il doit se faire dans des conditions trop défavorables, il y a néanmoins des

cas assez nombreux dans lesquels on peut l'appliquer efficacement. LE PRATICIEN ORDINAIRE, EN APPLIQUANT L'ALITEMENT, DOIT EN RECONNAÎTRE LES AVANTAGES ENCORE MIEUX PRESQUE QUE LE MÉDECIN D'ASILE. On comprend aisément les embarras dans lesquels se trouvent les praticiens ordinaires ainsi que l'entourage au moment de l'explosion d'une psychose aiguë. Autrefois, il paraissait impossible de vaincre la difficulté première, c'est-à-dire de trouver un moyen convenable et doux pour pratiquer à domicile la surveillance continue. Cette mesure se trouve bien facilitée *en remplaçant la surveillance par des soins donnés aux malades alités.*

On réussit souvent, en pratiquant l'alitement dès le début des psychoses, à couper le mal en quelques jours ou quelques semaines. Je fais allusion ici surtout à des accès d'émotion malade chez des psychopathes, puis à ces états prodromaux d'agitation des idées, agitation indéterminée, quasi subhallucinatoire, combinée à un pressentiment intense et douloureux de maladie tel qu'on le rencontre quelquefois dans l'amentia de Meynert, c'est-à-dire dans la confusion mentale primitive ; puis, à certains états de dépression assez fréquents dans lesquels l'insomnie constitue le symptôme principal et qui sont pour ainsi dire un mélange de symptômes neurasthéniques et hystériques ; enfin, d'autres états dépressifs que l'on rencontre souvent chez des jeunes filles et dus à un état anémique, accompagnés d'accès d'angoisse allant souvent jusqu'à la folie passagère et dont il reste encore pendant quelque temps une céphalalgie douloureuse et un état de misanthropie et d'angoisse, conséquence de leur sensibilité exagérée. L'alitement agit encore très avantageusement — même prophylactiquement — dans les psychoses périodiques légères et de courte durée, spécialement quand elles sont en rapport avec la menstruation ou l'ovulation. Dans les derniers cas, je recommande, surtout avant et pendant la période intermenstruelle, un sérieux repos au lit pendant deux ou trois jours.

A tous les malades *guéris d'une psychose aiguë*, je recommande sérieusement, au moment de quitter l'asile, de se rendre immédiatement pour quelques jours au lit, aussitôt qu'ils présentent le moindre symptôme d'une récurrence de leur maladie. En me basant sur les rapports de mes malades, je puis affirmer que ce conseil a souvent produit d'excellents résultats.

Je n'oserais pas affirmer avec certitude que l'alitement pratiqué chez les malades *arrivés à la période la plus aiguë de la maladie*, c'est-à-dire au moment où la plupart entrent à l'asile, puisse contribuer à abréger la durée de la maladie ; je suis cependant disposé à le croire.

Il est trop difficile, en raison de la variabilité des cas, de présenter à ce sujet des résultats certains. On peut néanmoins affirmer que tous les symptômes d'excitation, qu'il soient seulement de nature colérique, euphorique, dépressive ou angoissante, ou seulement composés d'agitation motrice, diminuent promptement et d'une manière durable, conséquemment qu'il est plus facile de vaincre leurs mauvaises tendances. La physionomie et tout l'aspect du malade reste plus régulière, les malades restent plus propres et ils ne contractent pas de mauvaises habitudes.

Messieurs, si je n'ai pas voulu répondre affirmativement à la question, pour la majeure partie des cas confiés aux asiles, que l'alitement ne donne pas des résultats plus prompts et plus certains, on ne peut cependant trop estimer les améliorations obtenues. On peut dire que la réforme qui s'est faite par le traitement libre et spécialement par l'alitement dans les psychoses est d'autant plus frappante que, sous un certain rapport, on peut la comparer à celle qui s'est réalisée sous l'action de l'antisepsie. Tandis qu'autrefois il était impossible d'éviter une série de mauvaises complications dans les cas de blessures et qu'on prévient aujourd'hui par l'antisepsie, de même les mauvais types de déchireurs, de collectionneurs, de coprophages, que Guislain considérait comme des formes morbides spéciales, ont disparu de nos jours par le fait de l'alitement. Si aujourd'hui de pareils malades se présentaient encore, il resterait à déterminer si ces symptômes ne sont pas dus au manque de direction ou au manque de soins donnés aux malades. Nous savons aujourd'hui que certains traits de conduite, considérés autrefois comme des symptômes maladifs, ne sont que des « artefacts » résultant d'un traitement mal institué ou insuffisant. Cela s'applique également à cette perversion des idées qui s'est développée à la suite de rapports anormaux et que Charpentier a fait connaître sous le nom de *délire d'emprunt*.

On a objecté aux partisans de l'alitement que l'éloge de leur principe ne constitue qu'une appréciation subjective et qu'ils ne pouvaient fournir, à l'appui des observations, des preuves. Certes, messieurs, les renseignements fournis par les observations au sujet du degré d'intensité des symptômes seraient-ils plus objectifs, auraient-ils plus de valeur que le jugement de leur auteur? Que prouveraient ces observations? Ne rencontre-t-on pas à la fois des cas légers et des cas graves? Comment peut-on prouver que ces mêmes cas, traités par un autre procédé, auraient présenté un tableau différent, que l'évolution de la maladie aurait été toute autre? On restera toujours devant une conviction subjective du juge et celle-ci ne peut se renforcer qu'en

disposant d'un très grand nombre d'observations. C'est à juste titre que M. Doutrebente a attiré l'attention sur les sources d'erreur qui peuvent exister en faisant la comparaison des cas de nature différente; mais cette même manière de voir aurait dû l'empêcher de faire, à l'asile de Blois, le calcul proportionnel de ses guérisons et de les comparer avec ceux obtenus du temps d'Esquirol, parce que les éléments d'appréciation de nos jours se sont notablement modifiés. Esquirol était un génie de premier ordre et tout à fait exceptionnel. Aujourd'hui encore ses travaux constituent une excellente source d'instruction; mais ses rapports au sujet des guérisons sont devenus absolument inutilisables en raison de l'état actuel de la science.

J'y ajouterai que je doute beaucoup de la nature de ces calculs en pourcentage, toute méthode statistique étant, à ce qu'il me semble, d'une valeur contestable pour notre question. Partant de ce point et attendu l'absence d'une uniformité pour la classification des maladies mentales, je renonce à discuter la valeur de l'alitement dans les différentes espèces morbides. Le traitement par le repos au lit n'étant pas un mode de traitement spécifique, il importe surtout que le médecin se fasse une opinion aussi individuelle que possible du cas à traiter et qu'il le soumette aux principes de la thérapeutique générale; ici, comme partout en médecine, on n'oubliera pas que la thérapeutique est un art qui ne peut être exposé sous forme de règles précises. Je me permettrai néanmoins de présenter quelques remarques et de donner mon avis sur les communications publiées par Sérieux et Pélas relativement à leurs expériences sur l'alitement dans les différentes formes morbides en médecine mentale.

Avant tout je suis d'une opinion contraire à celle de Pélas quant à l'alitement des *paralytiques généraux* et pour lesquels il trouve une contre-indication. Nous traitons tous les paralytiques, aussi longtemps que leur conduite est désordonnée, de la même manière que les autres psychoses, conformément aux mêmes principes, et sous tous les rapports ces résultats sont satisfaisants. Précisément en raison de la défectuosité nerveuse toute spéciale des paralytiques, de l'absence de motifs et de l'instantanéité de leurs émotions comme de toutes leurs manifestations psychiques en général, il y a un très grand avantage à donner des soins plus assidus et conséquemment à obtenir l'action calmante que produit l'alitement. J'estime même que l'alitement est plus indiqué pour ces cas que pour presque toutes les autres maladies; on réussit presque toujours à tenir ces malades propres et nous ne voyons presque plus de décubitus ou, s'il y en a, il est presque toujours guérissable; on constate aussi, si la maladie n'est

pas trop avancée, que le calme se produit très promptement ainsi que l'amélioration de l'état psychique. Quant à ce qui concerne l'évolution de la maladie, on doit être très prudent à exprimer son opinion parce que nous ne connaissons pas encore suffisamment ses lois intimes, surtout depuis que l'opinion se généralise, conformément à l'avis de Pick, que la forme de la paralysie progressive s'est modifiée depuis quelques dizaines d'années. Cette restriction étant faite, je constate que par l'alitement nous obtenons une évolution très douce chez les paralytiques de Leubus, qui sont assez nombreux, et même de rémissions assez complètes et d'une durée assez longue. Mais ce qui est hors de tout doute, c'est que, par l'alitement, *la fréquence des accès paralytiques (accès convulsifs et apoplectiformes) a diminué notablement*. Le fait est d'une importance telle que Kemmler, étant assistant de Wernicke, pendant qu'il préparait son travail sur les accès paralytiques au moment où l'on avait inauguré systématiquement l'alitement, se voyait désagréablement surpris en constatant que les matériaux lui faisaient défaut. Le même cas s'est produit dernièrement chez le psychologue Vaschide lorsque, d'après ce que rapporte Naecke, il avait projeté d'étudier les accès épileptiques dans le service de Toulouse après l'introduction de l'hypochloruration.

Les résultats défavorables obtenus par Pélas dans le *traitement des épileptiques par l'alitement* ne sont pas assez concluants; je suis tenté de croire ici à une mauvaise chance. Certes il y a chez les épileptiques des états d'excitation avec explosions de violence, qui doivent être isolés d'urgence pour préserver l'entourage et qui se calment le plus promptement sous l'action de l'isolement. D'autre part il y a un fait établi à la suite d'un nombre suffisant d'observations que chez des épileptiques qui avaient été exposés pendant de nombreuses années aux états d'excitation les plus intenses, ceux-ci pouvaient disparaître progressivement et d'une manière durable sous l'action de l'alitement prolongé. De plus, même chez des épileptiques dont la maladie était déjà très avancée et arrivée à la démence, *le nombre d'accès diminue* considérablement par l'alitement, témoin sept observations détaillées, publiées par moi dans les « Therapeutische Monatshefte (1895, mars) ». J'y insiste d'une manière spéciale, parce que Féré et Binswanger ne font aucune mention de ce fait dans leurs grands traités sur l'épilepsie. Mon expérience sur ce chapitre est insuffisante, l'asile de Leubus ne recevant pas les épileptiques ordinaires, de sorte que je ne peux formuler des indications spéciales.

Encore un mot au sujet de *l'alitement chez les maniaques*. Dans la plupart des cas, ce genre de malades s'habituent assez facilement au

repos au lit, ce que *a priori* on ne devait pas attendre et ce qui paraissait difficile à croire aux anciens psychiatres. On les traite même plus facilement que ces malades qui sont agités par l'angoisse. Il en est ainsi pour tous les cas où l'état maniaque prédomine momentanément, qu'il s'agisse des cas d'*amentia*, de paralysie ou d'autres groupes nosologiques. *Toutefois ceci n'est que peu ou pas applicable aux cas typiques de manie périodique, par exemple à ces cas d'accès maniaques qui font partie de la folie intermittente (à double forme).* C'est là, comme on le remarquera, le seul point auquel je ne puis adhérer dans les propositions de M. Sérieux.

Il me semble que l'action physiologique de l'alitement est surtout favorable dans les états d'agitation motrice primitive. Plus l'impulsion au mouvement est générale et violente, plus l'action se montre immédiate et favorable. Dans les cas les plus aigus de jactation on peut dire que l'alitement (combiné à la suralimentation) est presque souverain et SAUVE FORMELLEMENT LA VIE DES MALADES. Au contraire, moins l'impulsion motrice domine dans la forme maniaque, ou plus l'excitation se trouve localisée, par exemple sous forme de besoin incessant de parler (« logorrhée »), moins l'influence de l'alitement sera grande.

Les cas typiques de manie périodique ou circulaire sont généralement caractérisés par une agitation motrice relativement plus petite. Ces malades présentent encore une autre particularité: la cohésion des idées se trouve conservée chez eux à un plus haut degré, de manière qu'ils sont en état d'agir avec l'apparence et la prétention d'un plan d'ensemble, et que conséquemment, en raison de leur disposition morale anormale, ils ont toujours une tendance toute spéciale à l'intrigue et à la calomnie. Ils portent leur attention aux choses du dehors avec une *attention exagérée*, tout ce qui se passe autour d'eux est utilisé pour créer de nouveaux conflits, pour se surexciter et molester l'entourage jusqu'à ce que, enfin, tôt ou tard, on doit procéder à leur isolement, à moins qu'il ne soit préférable de prendre d'avance ses précautions, décision qui peut varier suivant les cas. Il vaudrait naturellement mieux engager le malade à l'alitement dans sa chambre d'isolement, que l'on doit fermer, mais que l'on aménagera convenablement. Malheureusement ce procédé de combiner l'alitement avec l'isolement ne m'a réussi qu'exceptionnellement, et ce encore pour un petit temps.

Messieurs, je suis d'ailleurs d'avis que dans ce cas, en opposition avec beaucoup d'états d'excitation d'une autre nature, l'isolement constitue un *procédé rationnel*. Je crois pouvoir formuler brièvement l'antithèse comme suit : Pour tous les malades, dont l'attention est

fixée ou préoccupée par des excitations morbides endogènes, *par des auto-excitations*, s'il est permis d'introduire ce terme, pour ces malades l'alitement dans des salles communes est d'une valeur incomparable; ils ont besoin d'une surveillance constante et de soins, et leur orientation comme le souvenir des habitudes ordinaires de la vie doivent être entretenus ou éveillés autant que possible. Par l'isolement en cellule, qui entraîne toujours un minimum de surveillance et de soins, les malades deviennent promptement gâteux et enclins à d'autres mauvaises habitudes. Il faut craindre la dégénération. *Tout trouble du sensorium, même dans l'acception la plus large du mot, et où il n'existe à la fois qu'une absence relative de la perception en raison d'auto-excitations qui fixent l'attention, constitue une contre-indication pour l'isolement.*

Par contre, ces malades qui, en sens diamétralement opposé, se préoccupent extraordinairement des impressions du dehors, peuvent, aussi longtemps qu'ils conservent la notion des besoins physiques et leur attitude extérieure, être soumis avantageusement à l'isolement pendant un temps plus ou moins long.

Il existe naturellement des cas où l'alitement ne produit aucun résultat, ou plutôt chez lesquels on ne peut le réaliser en aucune façon, ou seulement pendant quelque temps¹: ainsi, dans beaucoup de cas d'agitation avec angoisse, d'hallucinations impératives, de manie périodique, de négativisme catatonique et invincible, d'états d'excitation chez des imbéciles et des déments, chez les femmes érotiques et d'autres cas encore. Puis ces malades qui ont été soumis à un autre traitement (isolement) pendant d'autres accès sont difficiles à se remettre de leurs habitudes vicieuses, et à être soignés dans des salles communes. Klinko avait déjà fait connaître ces particularités à la suite des constatations faites partiellement à l'asile de Leubus. Ces faits ne font que ressortir davantage l'action de l'alitement sur l'état des malades. Il existe encore d'autres cas où les malades restent bien au lit, mais qui sont si violents ou dangereux, qui crient d'une manière perçante, ou se livrent à des chants monotones que leur présence, à côté d'autres malades, ne peut être tolérée. Si dans ces

1. Contrairement aux avis de quelques médecins russes et français, je déclare formellement que je ne puis me rallier au procédé qui consiste à obliger les gardiens de maintenir les malades au lit. Un tel procédé, comme d'ailleurs toute contrainte mécanique, est contraire à l'esprit du traitement libre. Dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1890, n° 58 et dans *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, Bd 50, 1895, j'ai décrit mon procédé opératoire, ainsi que quelques petits détails.

cas les bains, les médicaments ne soulagent pas ou même si le déplacement, quelquefois très efficace, reste sans prompt résultat, il ne reste qu'à *isoler* ces éléments troublants, même lorsqu'on n'en attend aucun avantage et qu'on craint des conséquences funestes. Je connais plusieurs cas où j'ai déclaré n'avoir pu agir autrement, et je ne comprends pas bien que Wattenberg ait pu juger qu'on peut se passer tout à fait de l'isolement. Je m'imagine uniquement que son matériel est insuffisant, ou qu'il se sert de baignoires à couvercles, usagè que personnellement je ne préfère pas à l'isolement. Nous soignons actuellement à Leubus une imbécile, fortement bâtie, très sourde et dont la parole est très difficile. Quand elle est en état d'excitation, état qui existe maintenant depuis plusieurs mois, elle ne souffre aucun vêtement, frappe à tort et à travers les gardiennes et ses compagnes, injurie avec une voix tellement perçante qu'on l'entend dans tout l'asile pendant des heures entières. Elle crache ses médicaments, les injections ne peuvent se faire qu'en luttant, et cependant on ne voudrait pas la tenir dans un état de narcotisme continu. Les bains n'aident en rien, elle y oppose de la résistance. Nous avons essayé de la placer dans les quartiers les plus tranquilles et les plus agréables, et lorsqu'elle jetait ses vêtements en disant qu'elle ne mettrait pas de chiffons pareils, nous lui avons fait faire une nouvelle et belle robe; nous avons essayé de l'engager au travail; nous ne manquerons pas de répéter ces expériences; mais par moments tout manquait son effet. Mise à l'isolement, elle ne devenait pas trop calme; bien au contraire elle se sentait fortement blessée de la mesure prise à son égard. Mais quel autre moyen nous restait-il en dehors de l'isolement? Il est évident qu'en mettant cette malade à l'isolement nous ne visions aucun effet thérapeutique; mais il s'agit uniquement d'éloigner un élément de désordre en la renfermant dans une cellule d'isolement. Qu'il me soit permis de prétendre que dans les asiles de l'ancien style le traitement par cellules se composait surtout de mesures pareilles. Cet état de choses reste absolument le même si, euphémistiquement, on donne à la cellule le nom de *chambre de repos*, dénomination acceptée dans plusieurs asiles! On ne devrait pas tâcher non plus de faire passer pour un procédé thérapeutique une telle mesure, en prétendant que l'isolement élimine toute source d'excitation. Cela serait une simple phrase de nature à masquer le vrai état de choses, phrase empruntée au traité magistral d'Esquirol sur l'isolement, et de laquelle on a abusé à la légère et on abuse encore actuellement, bien que le terme d'isolement ait changé d'acception tout à fait depuis le temps d'Esquirol. Ce dernier comprenait sous le nom d'isolement surtout la

séparation des malades d'avec leur milieu habituel, d'avec la famille, et l'internement dans un asile. Aujourd'hui l'isolement est une mesure qui s'adresse aux malades déjà colloqués dans un asile, c'est-à-dire la séquestration dans une chambre appelée cellule. Malgré les nombreuses objections, je répète encore une fois, que *ce genre d'isolement dont j'ai commenté plus haut un exemple typique, n'est pas un traitement thérapeutique, c'est la renonciation à ce procédé, à laquelle on est forcé faute de mieux; c'est un des plus grands avantages de l'alitement d'avoir réduit ces cas-là au minimum, afin de ne plus nous en servir qu'à toute extrémité.*

A l'asile de Leubus il se passe des semaines et des mois, spécialement au quartier des hommes qui renferment toujours des éléments moins bruyants, sans qu'on ait besoin de recourir à cet isolement une fois par jour. Cet heureux résultat est certainement dû à ce que l'alitement n'est pas seulement essayé chez quelques malades dans telle ou telle autre division, mais qu'il y est généralisé, parce que nous avons constaté que son succès se trouve ainsi considérablement facilité. Aussi M. Pélas, qui regarde notre question d'un air assez sceptique, déclare que ses expériences lui ont permis de conclure que ce n'est que dans la minorité des cas qu'il a constaté l'irréalisabilité de l'alitement. J'ai pleine confiance que lorsqu'il aura continué ce procédé de traitement pendant quelques années, les cas réfractaires ne constitueront plus que des exceptions.

Je formulerai encore cette thèse que bien des fois *il est plus difficile de suspendre que d'introduire l'alitement.* Il faut cesser l'alitement d'une manière générale, au moment de la disparition des symptômes de violence, que ce soit dans la convalescence ou dans la période chronique de la maladie où l'infirmité psychique s'établit. Si dans la période aiguë du processus maladif l'indication thérapeutique capitale était : *Repos pour l'organe physique malade*, aujourd'hui elle se trouve modifiée comme suit : *Conservation et vivification des restes de la personnalité psychique par une occupation adéquate.* Il faut s'opposer autant que possible aux conséquences dégénératives des psychoses chroniques, et le travail constitue dans ce cas le remède souverain. On ne saurait trop apprécier ce qui a été fait à ce sujet par l'organisation des colonies modernes, et celle d'Alt-Scherbiz à laquelle Paetz a consacré tout son talent, peut être considérée comme le plus beau spécimen.

Il faut une grande expérience pour déterminer le moment exact de la cessation de l'alitement. Je ne parle pas ici autant des précautions

à prendre dans la convalescence que de ces cas qui, sous l'influence de l'alitement, ne montrent plus de tendance à la guérison. Si on néglige le moment opportun, il se développe vite une espèce de *manie du lit* qui exerce une action nuisible, physiquement et psychiquement, et qui est souvent difficile à combattre. Ces malades ne quittent plus le lit que par la force, et on a beaucoup de peine à les engager au travail. Ce sont enfin ces cas qui, sous l'action de l'alitement prolongé, engendrent l'anémie, la prostration et font diminuer le poids du corps.

A cette catégorie appartiennent surtout *les cas subaigus* qu'on peut grouper ensemble et dont la majeure partie est classée, en Allemagne, sous le nom de *paranoïa*, en raison des idées délirantes plus ou moins persistantes. On constate très souvent chez ces malades, même après un court séjour à l'asile, non de la conscience et de la guérison, mais un certain calme accompagné d'une augmentation du poids du corps et un relâchement des « troubles généraux¹ » parfois assez intenses au début de la maladie. *Ces malades quitteront le lit même avant la disparition complète de ces symptômes et aussitôt qu'on s'apercevra de la tendance sérieuse à l'amélioration*, et aussitôt que possible ils seront engagés au travail.

Un second groupe, pour lequel je recommande une précaution spéciale dans le cas d'alitement prolongé, comprend la majeure partie des *formes juvéniles*. J'ai été heureux d'entendre dans ce Congrès l'exposé fait par Ziehen sur les psychoses de la puberté, et de constater qu'il fait la même recommandation en se basant sur le danger de la prédisposition à la tuberculose, complication que je n'avais pas mentionnée. Mon expérience se borne uniquement à certifier que les jeunes malades, sous l'action de l'alitement prolongé, risquent de perdre leur fraîcheur et leur énergie intellectuelles, que dans beaucoup de ces cas, il y a une tendance plus marquée à la démence et qu'il est indispensable de les engager à temps à un travail méthodique graduel et même à l'instruction.

Enfin il y a un troisième groupe, plus petit et composé de cas moins importants au point de vue pratique et dans lesquels l'alitement prolongé donne peu de résultats, parce que ces malades entrent plus promptement en convalescence lorsqu'on peut les admettre au travail. Ce sont les malades dont les psychoses, *après une durée assez longue*, accompagnées d'une augmentation continue du poids du

1. Dans le *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1892, j'ai donné une description clinique exacte de ces troubles généraux, sous le titre : « *Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte* ».

corps, ont pris le caractère du type périodique. Je me réserve de revenir sur ces cas dans une autre occasion, me bornant, pour le moment, à les mentionner pour ce qui concerne leur rapport avec l'alitement.

Notre expérience nous permet encore de dire que, dans beaucoup de cas, il est recommandable de *combinaison des deux grands principes thérapeutiques du repos et du travail*, non pas d'emblée, mais peu de temps après et, dans quelques cas même, avant que la maladie se trouve au déclin. A cet effet, on fait alterner le travail et l'alitement à des intervalles réguliers, et Ziehen (dans le *Handbuch der speziellen Therapie von Penzoldt und Stintzing*) a donné à ce sujet d'excellentes instructions détaillées, — ou bien en choisissant des travaux d'occupation qui peuvent se faire au lit. J'ai rencontré, entre autres, ce travail au lit très bien organisé à Uchtspringe. Ils sont très recommandables dans beaucoup d'états mélancoliques, surtout chez les vieilles femmes. *Pour la plupart des malades*, il est encore désirable d'interrompre l'alitement par des promenades au grand air; toutefois, on ne peut pas donner à ce sujet des prescriptions formelles comme Toulouse le recommande dans son système mixte. *La condition capitale, aussi bien dans les questions thérapeutiques que dans l'alitement, doit rester limitée à l'individualisation.*

Pour me conformer au but qui m'a été proposé, je vous dois encore quelques mots au sujet des « modifications que l'alitement pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés ».

Messieurs, l'introduction de l'alitement étant une mesure très importante et inévitable, entraîne de très sérieuses modifications dans la construction des nouveaux asiles. Pour une grande et non la moins importante partie de l'asile, il faudra donner aux bâtiments les meilleures dispositions pour rendre la pratique de l'alitement efficace. Les nouveaux asiles allemands répondent déjà à ces conditions.

Personnellement, je recommande des divisions aussi nombreuses que possible, pas trop grandes; je conseille encore de varier la forme de ces divisions et de les installer chacune d'une façon différente, pour qu'on puisse varier le plus possible le groupement des malades. Le système de pavillons, d'ailleurs très recommandable, a l'inconvénient de rendre le déplacement des malades plus difficile. A cause de cela, je voudrais donner à *quelques pavillons* une plus grande extension, afin d'avoir la place suffisante *pour y permettre certains déplacements.*

Quant aux dispositions particulières à donner à certaines divisions, on ne peut établir de règle absolue¹. Celle-ci dépend de la population et de la nature du bâtiment de l'asile, c'est-à-dire du nombre et de la nature des formes morbides chez les nouvelles admissions, si les cas aigus ou les cas chroniques prédominent. Pour un asile mixte (curables et incurables), il doit y avoir, par 100 malades, trois divisions contenant chacune 20 malades destinés à l'alitement, de manière que sur 100 malades, il y en ait environ 40 aptes au travail ou au moins disciplinés. Je n'en conclus pas que ces 60 autres malades restent exclusivement et de permanence au lit ou qu'ils soient inaptes au travail, quand ils appartiennent encore à ces divisions respectives destinées à l'alitement. Une série de chambres d'isolement, partiellement en communication avec les salles communes, et spécialement en

1. Une série de plans de grande dimension (en partie des photographies) était exposée dans la salle du Congrès. Ils représentaient quelques quartiers des asiles de Leubus, Herzberge (désigné actuellement sous le nom de Lichtenberg, près de Berlin), Alt-Scherbitz, Dresde, Lauenbourg et Lunebourg. Je remercie cordialement MM. les directeurs de ces asiles pour l'envoi de ces plans qui ont été agrandis et exposés pour en faire la démonstration. Il n'entraîne pas dans mes intentions de faire une étude critique comparative de ces plans. J'estime néanmoins que le choix est instructif et intéressera beaucoup tous ceux qui ont un intérêt pratique dans la question actuelle.

L'asile de Leubus, le vieux et beau couvent monumental, représentait pour ainsi dire l'histoire des asiles. Trois grands dessins montraient l'organisation actuelle de la section des hommes. L'étendue de ses bâtiments a pour avantage de permettre un excellent enchaînement des différentes divisions. Pour une population de 110 malades, en dehors des parties destinées à l'isolement des tuberculeux, etc., il n'y a pas moins de six divisions toutes différentes, dont trois servent exclusivement et deux partiellement aux besoins de l'alitement, tandis qu'une autre grande division possède des dortoirs, des réfectoires et des salles de réunion. La section des agités, située au rez-de-chaussée et ayant un accès direct dans le grand jardin commun, possède 4 baignoires. Deux autres divisions ont également une salle de bains. Grâce à cette distribution variée on a pu éviter autant que possible les inconvénients du grand bâtiment à plusieurs étages. Comme contraste à opposer à ce vieux bâtiment, il y avait le plan le plus moderne des petits pavillons de Lunebourg, gracieux par sa simplicité et la netteté de ses dispositions. Au quartier d'admission pour hommes de l'asile de Lichtenberg et construit d'après le système à corridor, on a comme avantage tout spécial une salle de bains en rapport immédiat avec la salle d'admission; la chambre pour les visites est également très bien située. L'asile de la ville de Dresde a, en raison de son chiffre énorme de cas récents (900 admissions par an), six sections de surveillance dans un seul bâtiment; on y a aussi tenu un compte exact de tous les encellulements déclarés indispensables, leur durée et leurs motifs d'après un modèle spécial qui fut décrit. Les plans de deux quartiers d'Alt-Scherbitz étaient une preuve du principe qu'on peut donner aux bâtiments des dispositions de manière à éviter les corridors pour avoir des conditions se rapprochant le plus possible de celles des maisons privées, sans que les soins nécessaires pour les malades deviennent trop difficiles. Tandis qu'à Alt-Scherbitz les malades qui peuvent quitter le lit, doivent séjourner dans les salles de réunion contiguës et surveillées en même temps, les photographies de l'asile de Lauenbourg montrent que les malades alités et ceux qui momentanément ne le sont plus, séjournent ensemble dans des salles communes, très grandes et agréablement aménagées, de manière que là le principe de la pratique de l'alitement n'est pas considéré comme indispensable.

usage pendant la nuit, seront annexées à cette division ainsi que quelques cellules. Si on ne les emploie pas fréquemment et surtout pas régulièrement, leur présence est, dans bien des cas, très utile, surtout si l'asile doit recevoir beaucoup de cas chroniques. *Mais les quartiers cellulaires, exception faite pour les asiles pour criminels, doivent disparaître définitivement des asiles.* Même dans les conditions pénibles telles que Bleuler les a décrites, je désapprouve leur existence. Alors même qu'ils n'ont été construits que d'une manière provisoire, ils deviennent difficiles à supprimer; non seulement les habitants chroniques, déjà gâtés peut-être, mais aussi les nouveaux entrants en souffriront; mais c'est surtout l'éducation scientifique des médecins aliénistes qui en souffrira, ainsi que l'impression et l'imagination du public sur les maisons d'aliénés.

L'alitement impose-t-il une augmentation dans la proportion des gardiens?

Messieurs, j'estime comme tout à fait inutile de déterminer la proportion des gardiens par rapport au nombre des malades. Dans les différentes administrations économiques, il y a à considérer l'étendue des bâtiments, le nombre des congés, les règlements pour le personnel qui fait le gros ouvrage et les travaux accessoires, de telle sorte que dans tel cas il faudra beaucoup plus de gardiens que dans d'autres. Étant données ces différences, le chiffre absolu de gardes ne signifie rien relativement aux soins donnés aux malades. Encore y a-t-il à prendre en considération le nombre des nouvelles admissions, ce qui influe beaucoup sur la proportion des gardiens. Les asiles des grandes villes doivent naturellement poser d'autres conditions; mais la moyenne pour les asiles simples peut être dite suffisante si la proportion de gardiens *toujours en service* est de 1 pour 7 à 10 malades. Quand il s'agit du nombre des gardiens, à chaque instant et simultanément en service, ce chiffre n'est pas plus élevé que lorsqu'on soigne les malades sans l'alitement. La proportion, toutefois, doit être plus grande si on raccourcit la durée du service et, conséquemment, si on relaye souvent. Il est évident que le véritable art de soigner les malades est plus fatigant que de surveiller des malades renfermés en cellule ou même entravés¹. Je ne comprends pas ce qui peut guider Sollier en admettant le contraire.

L'alitement impose au médecin un service plus lourd. Dans les cas

1. J'ai vu l'année dernière, dans un asile français, une série de malades portant des entraves aux mains et aux pieds! Ce fait est contraire à la déclaration faite par M. Doutrebente à la séance du 27 novembre 1899 de la Société médico-psychologique de Paris.

graves, il sera plus souvent dérangé, même la nuit. Son service ne se limitera plus à la visite officielle. Il faudra, en moyenne, un médecin par 50 à 100 malades. Mais dans les asiles mixtes et renfermant des idiots, un médecin par 200 malades suffira peut-être. Toutefois si, comme c'est le cas dans plusieurs asiles français, on donne à un seul médecin deux ou trois fois autant de malades à soigner, il ne pourra jamais être question d'un traitement individualisateur suffisant, que l'on y ait introduit l'alitement ou que l'on traite encore par l'ancien système !

Je veux enfin toucher sommairement le *côté financier*. Il est évident que, par la suppression des salles de réunion séparées et les dortoirs pour un grand nombre d'aliénés, l'on gagne de la place. C'est une économie considérable à faire lorsqu'il s'agit de construire de nouveaux bâtiments, même en prenant en considération que le cubage, pour les malades confiés à l'alitement, doit être plus grand que dans les autres parties du bâtiment. En outre, il est établi par l'expérience que le régime de l'alitement a eu pour conséquence une diminution considérable dans les chapitres de l'état budgétaire : frais d'« habillement », de « propreté » et de « médicaments ». J'ai fait faire pour l'asile de Leubus le calcul pour sept années successives de traitement *sans* alitement et sept années successives de traitement *avec* alitement, et j'ai obtenu comme moyenne annuelle par tête :

	<i>sans</i> alitement.		<i>avec</i> alitement.
Habilllements.	51,46 mk	par rapport à	40,61 mk
Médicaments.	28,50 —	—	18,55 —
Propreté ¹	12 —	—	7,95 —

L'alitement présente donc des avantages incontestables au point de vue administratif et économique.

Messieurs, je disais il y a un instant que lorsqu'il s'agit de la construction de nouveaux bâtiments, on devait y opérer naturellement de notables modifications en vue de l'alitement. Mais si on désire inaugurer ce mode de traitement dans les vieux asiles, il ne faut y faire que des modifications insignifiantes et faciles à exécuter. Les plans de *Leubus* qui, ancien couvent de cisterciens, a été transformé

1. Le montant des frais de propreté a été calculé de telle sorte qu'il devait y avoir une *augmentation* par suite d'un plus grand emploi de draps et de linge; j'avais craint que cette augmentation supposée n'annulât les économies faites au sujet de l'habillement. Mais comme le prouvent les chiffres sus-indiqués, j'obtins un résultat contraire, une véritable diminution de dépense et telle qu'on ne peut l'expliquer uniquement par la diminution du prix du savon. Je dois admettre qu'autrefois on employait une plus grande quantité de cette matière, parce qu'on était obligé, à chaque instant, de nettoyer les parquets et les parois des cellules.

en une maison d'aliénés il y a 70 ans, vous fourniront, je l'espère, la preuve démonstrative que même les constructions qui s'y prêtent le moins peuvent être rendues utilisables pour le traitement, si on y met quelque bonne volonté. De même que le chirurgien, en face des plus grandes difficultés, ne tardera pas à organiser l'asepsie jusqu'à ce qu'on lui procure un nouveau bâtiment, de même *le psychiatre ne peut se retrancher derrière l'insuffisance des conditions locales pour refuser à ses malades les bienfaits de l'alitement. Certes son asile ne sera pas, même avec la meilleure volonté, le modèle d'ordre et de repos qu'on obtient si facilement dans les asiles qui offrent des installations plus convenables. Mais plus les salles sont mal disposées, plus l'asile est encombré, plus la situation sera malheureuse pour les malades sans l'alitement et plus l'introduction de celui-ci s'imposera!*

**DE L'ALITEMENT (REPOS AU LIT) DANS LE TRAITEMENT
DES FORMES AIGUËS DE LA FOLIE ET DES MODIFICATIONS QU'IL POURRAIT
ENTRAÎNER DANS L'ORGANISATION
DES ÉTABLISSEMENTS CONSACRÉS AUX ALIÉNÉS**

RAPPORT

par M. Jul. MOREL,

Médecin-directeur de l'asile d'aliénés de l'État (Mons)

Le Bureau de la Section de psychiatrie du XIII^e Congrès international de médecine a porté à son ordre du jour la question de « l'alitement dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés ».

Le Bureau a estimé qu'il y avait lieu de confier l'un des rapports à un fils de la Flandre, à un compatriote de Guislain.

Nous essayerons d'accomplir cette mission, tout en reconnaissant nos co-rapporteurs une expérience et une science plus vastes dans le domaine de cette question.

Il eût été intéressant, en commençant ce travail, de présenter un court aperçu sur l'origine et l'histoire du traitement des maladies mentales par le repos au lit.

Avec une patience digne des plus grands éloges, notre savant col-

lègue de l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, M. le D^r Sérieux, personnellement d'abord, ensuite avec la collaboration du D^r Farnarier, entreprit cette lourde tâche. Il contribua ainsi puissamment au travail préparatoire de l'important débat qui s'ouvrira bientôt. — Toutefois, en raison des motifs qui guidèrent le Bureau de la section de psychiatrie pour nous confier l'un des trois rapports, nous avons cru ne pas pouvoir nous empêcher d'extraire une page de cet historique.

Il y a unanimité parmi les médecins aliénistes pour déclarer que Guislain fut le premier, en 1852, à recommander l'alitement.

Dans son chapitre sur le traitement de la folie, le célèbre aliéniste gantois recommande le décubitus par la description suivante :

« Presque tous nos mélancoliques sont couchés dans leur lit. Je prescris le repos du corps. Le lit sera pendant toute la période du mal une des grandes ressources du traitement. D'abord le patient sera couché la nuit et pendant une *grande partie du jour*. Il se lèvera de temps en temps, restera assis pendant une heure, deux heures, puis il se couchera de rechef. On tentera quelques promenades dans la chambre, dans les cours, au jardin, mais en tenant compte des effets que ces exercices produisent; on continuera d'agir ainsi, toujours avec l'intention de ramener le calme et d'empêcher que des complications morbides ne naissent, ni se développent.

« On ne saurait pêcher par un excès de prudence durant toute la période ascensionnelle de la maladie....

« On ne saurait s'imaginer combien le décubitus prolongé facilite chez les aliénés le retour du calme. Aussi *mes soins tendent-ils sans cesse à diminuer le tumulte et l'agitation, à recommander le repos, à favoriser le sommeil.*

« Il est dit dans une description de l'Hôpital des aliénés de Pensylvanie, faite par le D^r Kerkbride, qu'on a cherché à introduire dans cet asile la plus grande tranquillité possible, et qu'on y a porté la sollicitude au point de mettre des tapis dans les corridors, afin que les pas des gens de service ne viennent troubler les malades.

« Le repos au lit contribue efficacement à appeler le sang à la peau. Sans son action, cette enveloppe ordinairement si aride, se couvre de moiteur. Les bras, les jambes du malade gagnent en souplesse, il paraît moins attristé....

« De plus, la situation horizontale exerce une influence favorable sur le centre de la circulation. Le décubitus retarde les pulsations cardiaques. Le cœur souffre dans l'aliénation mentale et, *tout en agissant sur cet organe par le repos et les modificateurs thérapeutiques, on peut contribuer à faire renaître la tranquillité de l'esprit....*

« Je le dis avec une intime conviction, nul moyen ne m'a fourni des résultats plus satisfaisants dans le traitement de la mélancolie... »

« Mais il ne faut pas que je passe sous silence certains inconvénients qui se rattachent à cette méthode et auxquels il convient d'obvier. Le décubitus prédispose à la constipation. C'est pour ce motif qu'il importe d'alterner la position dans le lit avec une position dans le fauteuil et d'administrer de légers laxatifs. »

Guislain ne mentionne pas le traitement des états maniaques par le repos au lit. N'avait-il pas pratiqué ce traitement avant la publication de ses : « Leçons orales sur les phrénopathies » en 1852 ? Nous pouvons cependant affirmer qu'il pratiqua l'alitement dans beaucoup de cas de manie aiguë. Nous en avons été un témoin un peu tardif ; mais il existe encore en ce moment à l'Hospice Guislain un gardien attaché au quartier des agités, un octogénaire, qui se rappelle fort bien comment le premier aliéniste belge insista sur le repos au lit pour ce genre de malades.

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons invoquer aucune priorité en faveur de notre célèbre compatriote, puisqu'il est dit que Conolly, déjà en 1854, recommanda l'alitement dans les états maniaques et les autres formes morbides avec excitation. Il se peut que Guislain ait appris ce procédé de Conolly avec qui il était en relations suivies. En tout cas, Conolly avait abandonné les moyens de contrainte. Guislain dut encore les tolérer autant pour les mélancoliques que pour les maniaques.

Ce qui est incontestable, c'est que, en 1864, J-P. Falret, père, avait confirmé le principe de Guislain et l'avait étendu au traitement de certains maniaques.

La belle œuvre de Guislain fut traduite en langue allemande par le Dr Heinrich Laehr, de Schweizerhof, près de Berlin, presque immédiatement après sa publication. Ses *Klinische Vorträge ueber Geistes-Krankheiten* (1854) furent lues avec avidité par nos psychiatres allemands et plus d'une de ces autorités nous déclara, il y a environ vingt ans, lors de notre première excursion scientifique dans les pays de langue allemande, que ce fut à Guislain qu'ils durent leur éducation psychiatrique.

On ne s'étonnera donc pas si Griesinger et Kœppe firent les mêmes prescriptions de l'alitement pour les mélancoliques.

La neurasthénie, à cette période, se confondait souvent avec la mélancolie. Weir Mitchell, dans ses travaux sur le traitement de la neurasthénie aux Etats-Unis, préconisa le repos au lit combiné avec l'isolement, le massage, la suralimentation et l'électrothérapie.

Guislain, Conolly, J. P. Falret, qui inaugurèrent l'alitement dans leurs asiles, n'eurent pas le bonheur de se voir suivis par les psychiatres de leurs pays respectifs.

M. le D^r Sérieux prouve dans son travail que c'est à l'étranger que leurs idées se développèrent, pour aboutir à la création d'une véritable méthode thérapeutique.

Le traitement systématique des psychoses aiguës par le séjour au lit prit naissance à l'asile d'aliénés de Ludwig Meyer. C'est à ce travailleur infatigable, à cet homme de génie, dont la terre vient à peine de recevoir les cendres, à sa science, à sa grande autorité, que nous sommes parvenus aujourd'hui à faire admettre le principe de l'alitement dans la thérapeutique des maladies mentales. Ce traitement fut accepté d'abord dans les pays de langue allemande, puis successivement en Russie, en France, en Hollande, en Écosse et aux États-Unis. En 1878, le D^r Selden H. Talcott, de l'asile de Middletown, inaugura ce mode de traitement pour ne plus l'abandonner.

En 1888, Belle et Lemoine adhèrent au même principe.

Il serait assez difficile, faute de temps, de mentionner tous les auteurs qui préconisèrent ce moyen thérapeutique; mais nous ne pouvons omettre de payer une dette de reconnaissance à celui qui, depuis 1889, entreprit la lutte la plus ardente, pour la vulgarisation de cette méthode de traitement. Nous mentionnons le D^r Cl. Neisser, notre honoré co-rapporteur.

La France ne se fit pas attendre dans cette voie de progrès. M. le D^r Sérieux entreprit, en 1894, une mission en Allemagne, en Autriche et en Suisse, résumant ses impressions dans une série de publications dont son pays natal conservera le meilleur souvenir. Il fit les premiers essais à l'asile de Villejuif, d'où la méthode s'étendit dans les services de notre honoré président, de M. le D^r Magnan, de M. Joffroy, à la clinique des maladies mentales, de MM. Briand et Toulouse à l'asile de Villejuif, etc.

Nous croyons pouvoir passer sous silence les modifications heureuses qui peuvent se produire sous l'action de l'alitement. En commençant notre travail, nous avons rédigé cette partie de la question lorsque, finalement, relisant ce qui avait été publié à ce sujet, nous nous sommes arrêté devant un travail écrit de main de maître, devant un travail où tout laisse percer l'observateur habile, sagace, où chaque idée naît du creuset de l'expérience. Nous avons annulé notre écrit pour renvoyer, non sans une vive satisfaction, ceux qui s'y intéressent, à la lecture des quelques pages précieuses que le grand savant qui préside nos débats a publiées dans sa *thérapeutique générale des aliénés*.

Ces pages sont éminemment suggestives et contribueront à multiplier les indications et les succès de l'alitement.

Nul mieux que lui ne pouvait réaliser ces prescriptions magistrales.

Depuis la publication du travail de M. Magnan, une série de ses élèves et notamment MM. Toulouse, Sérieux, Briand, Chaslin, ont confirmé les résultats obtenus par la voie expérimentale.

Les conditions prescrites pour que l'alitement réponde aux desiderata ne se bornent pas, dit M. Magnan, à la simple recommandation du décubitus horizontal; en dehors du repos physique et psychique, *il faut que le personnel ait certaines qualités pour remplir convenablement les prescriptions médicales*, il faut que le milieu où se trouvent les malades réponde à certaines conditions hygiéniques; il faut que le médecin contribue au relèvement de toutes les fonctions du corps, qu'il travaille pour obtenir la transformation des asiles et qu'il adapte aux exigences de la thérapeutique nouvelle, l'alitement pour les psychoses aiguës et les épisodes aiguës des états chroniques, et la colonisation familiale pour la convalescence et la chronicité.

Ces déclarations, comme celles de la plupart des auteurs qui ont écrit sur l'alitement, prouvent que M. Magnan, comme Guislain, ne font pas du repos au lit une panacée universelle. L'alitement n'est qu'une des conditions capitales du traitement qui se complète par une série d'autres indications, impossibles à préciser d'une manière absolue, comme on ne saurait recommander ou se borner à une prescription unique dans une maladie somatique. Le médecin aliéniste, en dehors des prescriptions susmentionnées et générales, se trouve encore devant des prescriptions spéciales, adjuvantes, telles que la diététique, l'hydrothérapie, l'électrothérapie, l'exercice, le massage, etc. Le psychiatre ne se trouve donc pas devant une maladie pure et simple. Il a devant lui des malades, tous différents les uns des autres, réclamant en dehors de l'examen psychologique un examen complet de l'état somatique. Nous disons avec M. Albert Pelas, que la pathologie générale doit dominer la pathologie mentale qui n'en est qu'un chapitre. Les indications thérapeutiques doivent être déduites des données de la pathologie générale, et rapprochant les psychoses aiguës des maladies fébriles, l'alitement doit prendre rang parmi les grandes médications.

La grande médication de l'alitement étant connue, il s'agit de pouvoir la réaliser efficacement. L'énumération des différentes formes morbides dans lesquelles il peut y avoir des indications spéciales, nous entrainerait trop loin, ainsi qu'à des répétitions inutiles.

Nous pouvons conséquemment nous borner aux indications formu-

lées dans le résumé de notre travail, c'est-à-dire déclarer que l'alitement peut être recommandé :

1^o Dans tous les cas d'agitation ou d'excitation maniaque et dans tous ceux caractérisés par des états dépressifs de nature aiguë ou chronique (manie, délire hallucinatoire et toxique, confusion mentale, états stuporeux, démence aiguë, mélancolie, etc.);

2^o Dans tous les cas où l'on constate que l'aliéné souffre ou est menacé d'un état d'épuisement ou de débilité, le gâtisme y compris;

3^o Chez tous les malades atteints d'une affection somatique, comme chez les malades anémiques et faibles qui risquent de perdre leurs forces en rôdant avec anxiété dans les salles et préaux.

Aux indications de l'alitement pour cause pathologique, il faut joindre certaines autres, sans valeur thérapeutique réelle dans la majorité des cas, mais qui contribuent à la facilité et à la sécurité des services comme à la conservation ou à la protection des malades. On groupe ici les aliénés qui réclament une *surveillance continue*, qui ont une tendance à se nuire ou à se suicider, ayant des impulsions homicides ou étant dans un état d'irritabilité extraordinaire qui peut les pousser aux violences, — même les épileptiques à accès multiples. On y classe, enfin, les malades qui refusent leur nourriture, comme on pourrait y placer ceux à habitudes anormales et qui se réfugient ou s'asseyent dans les coins, se couchent dans les salles ou les préaux.

La plupart des malades qui rentrent dans les catégories prémentionnées se prêtent à l'alitement sans trop de difficultés.

Quelques exceptions, néanmoins, se présentent aussi bien chez les maniaques que chez les mélancoliques, soit à cause de leurs hallucinations, soit à cause de leurs idées terrifiantes. Ce n'est pas un motif pour se décourager. En attendant que les malades deviennent naturellement accessibles au séjour au lit, on essaye de trouver des moyens préparatoires, tels que la patience et la suggestion. A tout malade rebelle au séjour au lit, on donne deux gardiens qui ont pour mission de le remettre en position horizontale à chaque tendance à quitter le lit. Ce procédé réussit très souvent au bout d'un ou deux jours. Si l'insuccès persiste, on peut recourir à l'administration préalable de bains prolongés, de certains médicaments, et au besoin à l'isolement ou à l'encellulement. Toutefois, l'isolement et surtout l'encellulement doivent se pratiquer avec une extrême prudence et sous une surveillance continue. On enlèvera le malade à la chambre au bout d'un temps relativement court, une demi-heure, une heure, deux heures,

pour essayer de reprendre l'alitement; au besoin, les mêmes opérations seront répétées jusqu'à l'obtention du but.

Il ne paraît y avoir dans l'alitement d'autre contre-indication sérieuse que pour les malades ayant des tendances érotiques et se livrant à l'onanisme. Il est néanmoins désirable, en dehors des indications susformulées, que toutes les admissions nouvelles passent par un séjour au lit, ne fût-ce qu'un jour ou deux, pour les cas où l'alitement n'est pas même indiqué. L'aliéné nouvellement admis, ayant reçu son bain de propreté, pendant lequel il est examiné pour constater s'il n'est pas porteur d'une infirmité, de contusions ou de plaies, est porté ultérieurement au lit pour y être l'objet d'un examen général somatique et psychologique. Le malade se sent ainsi plus ou moins heureusement impressionné, s'il conserve encore des traces de conscience, des attentions particulières qu'on lui témoigne. Ces attentions développent souvent en lui une confiance qui peut avoir une influence des plus favorables dans le cours du traitement ultérieur.

Nous revenons maintenant à la partie la plus importante de la question : *Quelles sont les modifications que l'alitement peut entraîner dans l'organisation des asiles d'aliénés?*

Il existe encore quelques rares pays civilisés où, dans les établissements pour aliénés, le service médical reste défectueux.

Très souvent ces établissements ne sont considérés que comme des refuges. Certaines notabilités en médecine mentale, même en France, n'ont pas hésité à leur donner les noms de *garderies* ou de *renfermeries*, en raison de l'insuffisance des résultats y obtenus, soit par suite d'une imperfection des locaux ou du personnel médical, ou en raison de l'infériorité intellectuelle et morale du personnel des gardiens. Nous estimons que certains de nos collègues invoquent les trois causes réunies.

Les médecins aliénistes qui ont suivi le mouvement philanthropique et scientifique depuis Pinel et Esquirol, qui ont assisté aux réformes préconisées pour les établissements d'aliénés et qui ont pu enregistrer les brillants succès obtenus par la suppression des moyens de contrainte préconisée, il y a un demi siècle, par Conolly, ne peuvent contenir leur étonnement et leur admiration et s'empêcher de conclure que ces asiles sont devenus de véritables hôpitaux, et que là, comme dans les hôpitaux ordinaires, règne la même tranquillité, le même ordre, grâce aux perfectionnements de la thérapeutique des maladies mentales.

Les aliénés, dans ce nouveau genre d'hôpitaux, sont l'objet de soins spéciaux, à l'instar des autres malades souffrant d'une infirmité physique. La différence avec les anciens établissements est telle qu'on peut dire qu'il y a une véritable urgence à faire subir à ces derniers une réforme radicale.

L'hôpital pour aliénés doit devenir un établissement scientifique, ayant une organisation complète, où l'on peut disposer de tous les éléments modernes indispensables à l'examen des malades, de laboratoires qui puissent permettre aux médecins de continuer leurs études, où ils peuvent donner libre cours à l'initiative personnelle qui viserait directement ou indirectement au progrès de la médecine mentale.

Augmentation du personnel médical. — Ce but serait atteint si les gouvernements tendaient les mains aux médecins aliénistes soucieux de leur mission dans l'intérêt des malades qui leur sont confiés. Ce but n'est réalisable qu'à la condition de modifier le service médical, en augmentant le nombre, en améliorant la qualité des médecins des asiles.

Cette proposition entraîne la nécessité de déclarer urgente l'organisation de l'enseignement de la médecine mentale dans toutes les facultés de médecine, de faciliter à la fois les études de toutes les sciences dites accessoires qui, à un moment donné, peuvent devenir des éléments précieux, peut-être fondamentaux, pour l'étude du diagnostic, du pronostic et du traitement des psychoses.

Cet enseignement solidement organisé, et les gouvernements réclamant des futurs médecins aliénistes un *examen préalable sur la psychiatrie*, on créerait, au bout d'un certain temps, une pépinière de jeunes savants appelés à poursuivre l'élan du progrès si bien commencé depuis plus d'un quart de siècle.

Tandis que, de nos jours, dans certains pays, on est en droit d'appeler à la direction médicale d'un établissement pour aliénés des médecins ne possédant aucune notion en psychiatrie, et qui n'acceptent parfois les fonctions nouvelles que pour le traitement y afférent, les gouvernements, en créant un examen spécial, un doctorat en médecine mentale, ou au moins réclamant des garanties suffisantes, auraient toute facilité pour appeler à ces établissements des éléments compétents présentant un degré de garantie suffisante.

Les gouvernements prenant l'engagement de contribuer en tous sens à l'amélioration des asiles d'aliénés, les jeunes psychiatres se sentiraient stimulés au travail, convaincus que par leur persévérance

et leur dévouement ils deviendraient un jour les candidats de l'avenir.

Il suffit de jeter un coup d'œil sur les progrès réalisés en médecine mentale dans le département de la Seine depuis l'inauguration des concours, de songer aux transformations heureuses, humanitaires et scientifiques dans les pays de langue allemande, en Russie, en Italie, en Angleterre, dans les pays scandinaves, en Hollande et même aux États-Unis, pour constater, avec un regret bien justifié, qu'il reste encore sur la carte de l'Europe une région où l'on constate, de la part de certaines autorités, de l'indifférence ou de l'ignorance, qui refusent de juger de la situation réelle, qui ignorent le devoir qui s'impose à l'égard de certains aliénés, qui méconnaissent les bienfaits de la science psychiatrique et conduisent ainsi inconsciemment au découragement de l'élément médical, témoin de l'urgence de la réforme.

A la qualité des psychiatres, il faut ajouter la quantité.

Tandis que dans beaucoup d'établissements on ne compte parfois qu'un médecin pour 200 ou 250 malades, que le médecin en chef ne réside pas même dans son établissement et que parfois son attention se trouve dirigée davantage vers la clientèle privée, que les médecins-adjoints n'ont qu'un rôle bien accessoire à remplir, remplacer le chef médical en cas d'absence ou ne traiter que des maladies incidentes, on concevra que cette situation n'est pas faite pour se perfectionner ou pour pouvoir se préparer à aspirer à une amélioration de position, à la direction médicale d'un asile.

Une pareille situation n'existe heureusement que dans de rares pays. Nous croyons même qu'en France le tableau tracé est moins sombre et que les médecins en chef ne sont pas autorisés à faire de la clientèle courante, qu'ils sont logés dans leurs établissements comme les médecins adjoints et leurs internes et que ceux-ci prennent une part active dans l'observation et le traitement des maladies mentales.

S'il en est ainsi, et en attendant que les gouvernements imposent l'examen spécial en psychiatrie aux futurs candidats pour les asiles, il suffirait d'y accepter partout des médecins internes, nommés après concours, pour précipiter la réorganisation si vivement désirée.

Dans tous les établissements où le personnel médical est insuffisant en nombre, on peut dire que le traitement des malades y laisse à désirer. Que peut faire le chef médical d'un asile comptant 500 à 700 malades ? Le temps lui fait défaut pour poursuivre avec suffisamment de détails les différents cas pathologiques ; il est impuissant à exercer une surveillance stricte sur l'exécution de toutes les prescrip-

tions médicales, sur la nature de la moralisation à instituer. Heureux encore s'il compte dans son personnel des gens dévoués, fidèles.

Dans plusieurs pays, et notamment dans ceux où les imbéciles et idiots ne sont admis dans les asiles que d'une manière exceptionnelle, comme en Allemagne, par exemple, la proportion des médecins y attachés est de 1 pour 100 aliénés. Dans les établissements où ces dégénérés congénitaux sont tolérés, la proportion des médecins pourrait être réduite à 1 pour 125 aliénés.

Toute l'histoire du service intérieur des établissements est là pour nous permettre d'affirmer qu'ils sont bien clairsemés les médecins aliénistes qui ont pu introduire dans leurs asiles *l'enseignement professionnel* des gardiens. Sans cette instruction préalable, il est impossible de compter sur l'accomplissement de tous les desiderata dans le traitement des aliénés.

La lecture des nombreux rapports publiés sur la matière en fait foi; ils témoignent que souvent les psychiatres rencontrent sur leur chemin des barrières infranchissables.

Dans l'étude de la réforme des établissements pour aliénés, la *question des gardiens* nous arrête un instant. Cette question a fait un progrès énorme depuis vingt-cinq ans. En France, en Allemagne, en Autriche, en Italie, en Angleterre, en Écosse, en Hollande, même aux États-Unis, de nombreux manuels pour gardiens d'asiles d'aliénés ont été publiés. Dans tous ces pays l'enseignement professionnel a été organisé avec le plus grand succès, avec les meilleurs résultats.

On cite volontiers les grands pays comme des modèles d'organisation, on les invoque naturellement, le mouvement scientifique y étant plus grand, plus prompt, et les ressources financières leur permettant plus aisément la réalisation des grandes idées. Nous sommes assez heureux de pouvoir y opposer un exemple emprunté à l'un des plus petits pays de l'Europe, et où, avec les *ressources habituelles* de leurs établissements, on a réussi à la fois à moderniser les asiles par l'amélioration des bâtiments, par l'augmentation du personnel médical, et surtout par l'amélioration radicale du personnel des gardiens. Nous nommons la Hollande.

Dans ce pays, l'enseignement du personnel des gardiens est devenu obligatoire et les directeurs des derniers asiles qui s'étaient montrés rebelles à l'organisation de cet enseignement professionnel, se sont vus forcés de devoir l'accepter pour échapper à la réaction sévère que l'autorité supérieure leur réservait.

En 1892, cet enseignement n'était pas encore organisé en Hollande.

Forts de l'appui de la Société médico-psychologique de ce pays et des inspecteurs des asiles néerlandais, certains directeurs organisèrent successivement l'instruction des gardiens. Tandis que pendant les premières années la durée de l'enseignement n'était que de deux années, aujourd'hui le succès réel de l'œuvre n'offrant plus aucun doute, les chefs des établissements, désireux d'améliorer et d'étendre l'enseignement professionnel des gardiens, ont décidé de consacrer, à l'avenir, trois années à ces études.

Dans l'excellent rapport triennal publié par MM. Ruysch et van Andel, inspecteurs des asiles néerlandais, on lit que l'instruction professionnelle des gardiens n'était donnée, en 1896, que dans la moitié des asiles de la Hollande. Depuis lors, d'après un rapport verbal que ces savants collègues nous ont fait, cette instruction a reçu une extension telle de manière à pouvoir affirmer aujourd'hui qu'aucun directeur ou médecin d'asile n'oserait nier ouvertement l'opportunité de cet enseignement. A ce sujet, il ne sera pas sans importance de relever ce fait précieux que les inspecteurs des asiles néerlandais ont un pouvoir très étendu. Nous sommes à même de pouvoir certifier que leur intervention dans la question professionnelle a été tellement heureuse que *les médecins des asiles qui, pendant de nombreuses années, avaient rencontré la résistance la plus opiniâtre de la part de leur personnel, se flattent aujourd'hui de déclarer à haute voix que c'est grâce d'abord à l'initiative du Dr van Deventer, et ensuite à celle des deux inspecteurs que l'enseignement des gardiens a été introduit et qu'il donne les plus beaux résultats.*

D'ailleurs, la Société médico-psychologique de la Hollande a décidé, à l'unanimité, qu'il y avait lieu d'améliorer le personnel des gardiens et de lui donner un enseignement théorique et pratique dans l'art de soigner les aliénés.

L'expérience donna les meilleurs résultats. Dans l'espace de huit ans, ce pays, qui compte à peine 4 millions d'habitants et 7 500 aliénés, possède déjà au delà de deux cents gardiens diplômés. Les corporations religieuses qui, jusqu'à il y a peu de temps, avaient refusé de reconnaître l'importance des cours professionnels, ont fini par céder et par accepter les manuels préparés à leur intention. Quelques-unes acceptent déjà de vouloir suivre les cours et de présenter des candidats à l'examen.

La Grande-Bretagne, qui avait débuté avant la Hollande dans l'organisation officielle des gardiens pour les asiles d'aliénés, compte actuellement plusieurs milliers de ces gardiens diplômés. Le dernier numéro du *Journal of mental Science* mentionne, pour l'année 1899,

458 nouveaux succès sur 521 candidats qui sollicitèrent le titre de gardien d'asile.

En France, le chiffre annuel des nouveaux gardes-malades est d'environ 550. Ces gardes-malades reçoivent une instruction sur l'art de soigner les aliénés.

Si, dans la plupart des pays, le diplôme officiel de gardien n'a pas encore été établi, il faut néanmoins reconnaître que l'instruction professionnelle y est organisée. L'Allemagne est le pays qui compte le plus grand nombre de manuels à l'usage des gardiens.

Enfin, il est impossible de terminer ce chapitre sans mentionner que c'est en Hollande que la question des gardiens nous semble avoir fait le plus de progrès. Le Dr van Deventer, directeur de l'asile d'aliénés de Meerenberg, a introduit, avec les meilleurs résultats, des gardiennes au quartier des hommes de son établissement, les gardiens restant spécialement attachés au service des bains, aux travaux réclamant de la force et là où il s'agit de faire respecter les mœurs.

L'amélioration et l'extension du service médical dans les établissements pour aliénés, ainsi que l'organisation de l'enseignement professionnel des gardiens, a eu pour heureuse et inévitable conséquence la généralisation du non-restraint déjà recommandé il y a un demi-siècle par l'immortel Conolly.

Dans la plupart des établissements on ne rencontre plus la moindre trace de contrainte ou d'entrave. Dans les pays où les moyens de contrainte existent encore, les autorités devraient agir à l'instar du ministre de l'Intérieur de la Hollande qui, à la date du 18 décembre 1894, adressa aux gouverneurs de son pays une circulaire ordonnant la suppression des moyens de contrainte.

« De l'avis des médecins-inspecteurs des asiles d'aliénés, on continue, dans plusieurs asiles, à ligoter des malades aux mains et aux pieds et à les fixer au lit; certains gardiens en appliquent même de leur propre initiative. Les moyens de contrainte répugnent à la plupart des directeurs et médecins; mais quelques-uns les croient indispensables pour le respect et l'autorité des gardiens.

« Considérant le peu de succès obtenu par les inspecteurs dans la lutte engagée à ce sujet, le ministre exigera, lors de la rédaction de conventions nouvelles entre les administrations et les asiles, qu'il soit stipulé qu'on n'emploiera plus d'autres moyens de contrainte que ceux que le médecin aurait jugé indispensables. »

Cette circulaire eut pour résultat immédiat non seulement la suppression des entraves, mais encore la modification des bâtiments et l'amélioration du personnel des gardiens. Il en résulta également

l'aveu naïf des plus forts réactionnaires qui ne croyaient pas à la possibilité de cette suppression.

Un point n'ayant aucun rapport direct avec le traitement des aliénés, mérite néanmoins une courte mention en raison de son importance. Il s'agit du *relèvement du corps des gardiens* et du bon esprit qui doit y régner.

Pour les gardiens (hommes et femmes), il faudrait un pavillon spécial composé de salles de réunions, d'un réfectoire, d'une salle d'étude, d'une infirmerie, de quelques chambres particulières, de salles de bains et autres petits accessoires.

En organisant le service du personnel des gardiens, il importe non seulement de recruter des éléments intelligents et dévoués, mais encore de prendre une série de mesures propres à relever leur prestige aux yeux des malades et du public. Ainsi, par exemple, en Angleterre et en Hollande, nul n'est admis à titre provisoire dans un asile sans pouvoir donner des preuves de bonne moralité; nul n'est admis à suivre les cours professionnels sans que cette moralité ait été confirmée par les chefs de l'établissement, comme nul n'est admis à l'examen final si le moral du gardien n'est pas absolument intact. Le public ne l'ignore pas; les malades, en entrant dans un établissement, font partie de ce public et se soumettent ainsi plus volontiers au traitement dès le premier jour de leur admission à l'asile.

Si les gardiens sont classés parmi les gens ayant reçu une bonne éducation et destinés à se payer d'un entier dévouement, il faut aussi leur accorder un traitement en rapport avec l'importance et la durée du service, leur octroyer des faveurs, telles que congés, distractions, jeux, lectures, etc.

En Hollande, on leur facilite même l'étude des langues étrangères, on leur accorde des indemnités, en cas de maladie, des pensions de retraite à ceux devenus inaptes au service par accident, par état de maladie ou en raison de leur âge avancé.

La nécessité de l'augmentation et de l'amélioration du service médical ainsi que celle de l'enseignement professionnel étaient déjà des faits acquis depuis de nombreuses années quand surgit le nouveau et puissant mouvement en faveur de l'hospitalisation scientifique des aliénés.

Les idées de Conolly ont franchi la Manche et ce n'est plus que dans de *bien rares pays* que l'on reste absolument indifférent à l'instruction professionnelle des gardiens.

Aujourd'hui, petit est le nombre d'entrepreneurs d'asiles qui refusent

d'admettre les faits acquis par les progrès réalisés en médecine mentale, qui se plaisent dans le *statu quo* contre le gré de leurs propres médecins, qui ne voient dans les asiles qu'une question financière. Heureusement y a-t-il encore des psychiatres qui, mûs par des sentiments philanthropiques et scientifiques, rivalisent de zèle et que là où ils disposent d'une autorité suffisante, ils rompent avec les vieux procédés pour les mettre en harmonie avec les exigences modernes.

L'expérience a fourni ses preuves. Un établissement d'aliénés doit être un véritable hôpital, ayant les mêmes bases scientifiques et architecturales.

Parchappe, en 1855, comme Constans, Lunier et Dumesnil, dans leur excellent rapport sur les asiles d'aliénés de France, publié en 1879, accepta le principe que nous venons d'émettre et recommanda la construction des asiles à pavillons. Aujourd'hui, la plupart des asiles construits dans les pays étrangers depuis 1885 sont construits d'après cette forme architecturale. La différence entre les recommandations des inspecteurs français d'il y a trente ans et celles du plus grand nombre des psychiatres étrangers d'aujourd'hui est bien petite. Tandis que l'École française recommandait des pavillons spéciaux d'après le degré de docilité et de santé physique des malades, en les classant en aliénés tranquilles, semi-tranquilles, agités, épileptiques, gâteux, convalescents, l'École allemande — mais elle compte des exceptions — préconisait le classement des aliénés suivant la nature et le degré de l'affection mentale, le caractère des malades et leurs dispositions morales.

La discussion de ces classements n'est pas à l'ordre du jour ; mais il n'en est pas moins vrai qu'en Allemagne, et partout ailleurs, on réserve des pavillons spéciaux aux aliénés agités et aux indociles. L'École française, comme l'École allemande, accepte le quartier d'observation et le quartier de surveillance continue, et ce sont là deux points qui permettent, sans trop de difficultés, la réalisation des modifications projetées pour le traitement des aliénés.

Il ne reste plus, pour se rapprocher de la perfection d'un établissement d'aliénés, qu'à donner aux différents pavillons tout le confortable que réclament la science médicale, l'hygiène et le bien-être des aliénés.

En dehors de ces données importantes, considérées à juste titre comme capitales, les dispositions intérieures de chaque pavillon offrent d'autres avantages encore. Toute idée de caserne ou de prison a cessé d'être. Les psychiatres sont d'avis unanime pour déclarer qu'il y a lieu de respecter les habitudes et les mœurs des malades. L'état

d'inconscience ou d'indocilité des malades n'est souvent que relatif et ceux-ci ne tiennent pas à rompre avec leurs habitudes. Nul psychiatre n'ignore qu'un dérangement trop radical dans la manière de faire des aliénés excite souvent ces derniers, les rend de mauvaise humeur et fait naître des instincts ou des impulsions qui en font des querelleurs, des destructeurs, en un mot des insociaux.

Le mobilier, la literie, la vaisselle et autres accessoires, même la nature des fenêtres, doivent se rapprocher du mobilier et du bâtiment ordinaires. A ces conditions, les malades croient occuper une maison ordinaire, avec un confort plus grand qu'ils n'avaient généralement chez eux. Avec un entourage doux, aimable et prévenant, ils se sentent dans une situation relativement normale; l'entrée à l'asile fournit une excellente impression et prépare à une soumission, à une docilité plus faciles. Les malades sont sensibles à la nouvelle situation qui leur est faite et en témoignent une certaine satisfaction dont on doit pouvoir user pour gagner leur confiance complète.

Si extérieurement le pavillon imite la maison privée, il en est de même de ses dispositions intérieures. Dans certains hôpitaux pour aliénés, on rencontre dans toutes les salles des linoléums ou des tapis, on distribue périodiquement des fleurs, des douceurs ou autres petites faveurs que l'on croit pouvoir être agréables aux malades.

La *question des épileptiques et des enfants imbéciles ou idiots* ne peut nous arrêter. Il existe heureusement un projet de revirement, consistant à créer des établissements spéciaux aussi bien pour épileptiques que pour les imbéciles et les idiots. Progressivement on arrivera, dans les asiles, à la suppression de ces dégénérés et même de certains déments. Cette mesure relèvera la valeur du mot « hôpital » destiné dorénavant, comme aux États-Unis, aux établissements pour aliénés.

En attendant le jour où la nécessité de l'hospitalisation spéciale des épileptiques sera universellement reconnue, ce genre de malades ne réclamerait pas un pavillon spécial. Il suffirait de les classer suivant la situation du moment, comme on opère d'ailleurs dans les hôpitaux déjà existants pour les épileptiques.

Il reste à toucher un mot au sujet de la *colonisation des aliénés chroniques*, dociles et assez lucides pour mériter un placement dans une colonie, et des convalescents qui méritent toute confiance et que l'on peut confier à des habitations particulières occupées par des gardiens qui ont donné des preuves notoires de leurs mérites dans l'art de soigner les aliénés. Tous les médecins aliénistes sont unanimes

sur ce point qu'on ne saurait trop multiplier les colonies d'aliénés. L'exemple de Gheel a trouvé tant d'admirateurs que de nos jours on sent le besoin d'annexer à chaque hôpital pour aliénés un terrain suffisant pour y établir une colonie. En ce moment, l'Allemagne réalise un progrès notable sur cette question.

L'exposé qui précède était indispensable avant d'entreprendre la description de la dernière partie de notre travail, les modifications à introduire dans les bâtiments destinés aux aliénés en raison de l'organisation du traitement par le repos au lit. Cette étude est plus étendue qu'on ne le suppose, étant donné que tout pavillon qui héberge des aliénés doit posséder un service complet qui puisse contribuer à l'amélioration, à la guérison ou à la sécurité personnelle des malades qu'il héberge.

Ainsi le QUARTIER D'OBSERVATION, de nos jours, reçoit tous les malades qui, pour un motif psychique quelconque, réclament des soins spéciaux et une surveillance continue de jour et de nuit. Parmi ces malades, on comprend non seulement tous les cas de psychoses aiguës, pour lesquelles des soins particuliers sont indispensables, mais encore toutes les admissions nouvelles jusqu'au moment de la déclaration du médecin que la surveillance spéciale et continue ne constitue plus une nécessité absolue, tous les malades qui refusent leur nourriture, qui ont une tendance au suicide ou à la destruction, ainsi que les aliénés périodiques qui présentent un accès aigu ou ceux qui sont indociles.

Il y a néanmoins indication d'en exclure ceux qui troublent le repos du quartier, les aliénés agités et les indociles dont la présence peut exercer une action défavorable sur les patients confiés à ce quartier.

Ce quartier d'observation, comme tous les autres quartiers, doit posséder tous les éléments indispensables au fonctionnement régulier de tous les services. Il devrait être composé de :

1° *Deux dortoirs*, dont l'un comprendrait les malades alités pour cause de troubles psychiques, l'autre étant destiné à recevoir les malades qui n'ont pas besoin de l'alitement pendant le jour. Ces deux dortoirs communiquent entre eux par une porte fenêtrée à double battant qu'on peut, à volonté, laisser ouverte pendant la nuit pour faciliter l'action de la surveillance continue ;

2° *Trois salles de réunion*, permettant à certains malades d'y passer une partie de la journée. Ces salles multiples ont le grand avantage de donner aux malades la faculté de choisir l'une ou l'autre de ces

places suivant leurs convenances personnelles. Une de ces salles peut servir au besoin de réfectoire ;

5° Deux chambres d'isolement dont les portes, si on y a confié des malades, doivent rester constamment ouvertes. On ne met dans ces chambres que des malades pour lesquels il y a indication spéciale pour le traitement en chambre ;

4° Une salle de bains avec deux baignoires surmontées d'une douche et munie à ses côtés d'une installation pour les lavabos réservés aux malades ;

5° Deux cabinets d'aisance à chute d'eau, séparés par une cloison, et deux urinoirs, si les cabinets sont réservés aux hommes ;

6° Un vestiaire avec lingerie pouvant contenir les vêtements et le linge de rechange destinés aux malades ;

7° Une petite cuisine servant au chauffage de quelques aliments et boissons, au lavage de la vaisselle et au dépôt de certains appareils destinés aux malades ;

8° Une chambre d'examen pour le médecin ;

9° Un petit laboratoire pour l'examen des urines, crachats, etc.

Il est recommandable de donner à la moyenne partie de ces places une disposition telle que les gardiens puissent exercer une surveillance aussi complète que possible d'un seul point du quartier. Il est encore désirable que la construction du pavillon soit telle que le malade, en y entrant, passe par la salle de bains où il reçoit les soins de propreté et le linge voulus avant de le classer. Si le plan le permet, la chambre d'examen du médecin sera dans le voisinage de la salle des bains, afin que le malade ne soit pas dérangé par la vue de ses futurs compagnons.

Les démences paralytiques, les débiles au point de vue physique ou les malades atteints d'une affection aiguë ou chronique somatique passent autant que possible à l'infirmierie.

Le quartier d'observation et de surveillance continue ne pouvant avoir qu'un rez-de-chaussée, le Dr Paetz, d'Alt-Scherbitz, a conçu un plan de manière à pouvoir surmonter d'un étage le quartier des accessoires compris sous les nos 5 à 8. A cet étage, il y a des places pour un dépôt de vêtements et de linge, une chambre pour gardiens et des appartements pour un médecin-adjoint, si le quartier est destiné à des hommes, ou pour une gardienne en chef, si c'est un quartier pour femmes.

LE DEUXIÈME QUARTIER EST ÉGALEMENT UN QUARTIER A SURVEILLANCE CONTINUE. — On y place les insociaux, c'est-à-dire les malades qui se

caractérisent par leur agitation, par leur malpropreté, par leur conduite surprenante, par leur tendance aux évasions, aux violences, aux actes dangereux. Ce sont des malades inconscients qui, sans appartenir à la classe des malades ayant un besoin réel de surveillance continue, sont néanmoins impropres au traitement libre, au traitement dit des portes ouvertes. Ces bâtiments sont fermés à clé, leur préau est entouré de clôtures.

Le Dr Paetz, d'Alt-Sherbitz, prenant en considération les différences intellectuelles et sociales, ainsi que les tendances des malades confiés à ce quartier, préfère diviser celui-ci pour les deux catégories d'aliénés qu'il établit. La classe des plus tranquilles et des plus propres, même lorsqu'ils ont une tendance à l'évasion ou à une certaine indocilité, et celle des éléments plus désagréables. La première salle reçoit ainsi les cas aigus qui réclament une surveillance spéciale parce que, en raison de leur agitation ou de leur conduite anormale, ils pourraient nuire aux malades tranquilles et à ceux qui ont besoin de beaucoup de repos.

Si la population de l'asile est relativement petite, le pavillon peut être divisé en deux sections. Pour une grande population, il est préférable d'avoir un pavillon distinct pour chacune de ces catégories.

Le *premier pavillon* pourrait alors être composé :

Au rez-de-chaussée, de :

1° Une salle de surveillance continue;

2° Deux chambres d'isolement;

3° Trois cellules;

4° Quatre cabinets d'aisance et quatre urinoirs pour le quartier des hommes;

5° Deux salles de réunion;

6° Une salle de bains avec baignoires et lavabos;

7° Une chambre de débarras;

8° Une petite cuisine pour chauffer des aliments, des boissons, laver la vaisselle, etc.

A l'étage, de :

1° Trois dortoirs;

2° Deux vestiaires avec lingerie et lavabos;

Le *deuxième pavillon* pourrait être composé :

Au rez-de-chaussée, de :

1° Trois salles de réunion;

2° Cinq cellules;

3° Trois cabinets d'aisance, avec urinoirs pour le quartier des hommes;

- 4° Une salle de bains avec baignoires, douches, bassins;
- 5° Une chambre de débarras;
- 6° Une petite cuisine pour chauffer des aliments, des boissons, laver la vaisselle, etc.

A l'étage, de

- 1° Dortoirs;
- 2° Vestiaires, lingerie, lavabos.

Les préaux de ces deux pavillons sont munis d'une clôture.

Le pavillon servant de quartier de transition est destiné à recevoir les malades devenus dociles et n'ayant plus besoin de surveillance continue, ni de placement dans un pavillon fermé. Ce quartier est spécialement organisé pour y mettre les malades en observation spéciale et essayer s'ils ne pourraient pas jouir d'une liberté relative en les établissant dans une des habitations qui constituent la colonie.

Ce pavillon pourrait être composé :

Au rez-de-chaussée, de :

- 1° Trois salles de réunion (une grande et deux petites);
- 2° Une salle de bains avec lavabos;
- 3° Deux cabinets d'aisance, avec urinoirs, s'il s'agit d'un quartier pour hommes;
- 4° Un vestiaire-lingerie;
- 5° Une petite cuisine-relaverie;
- 6° Une chambre de débarras.

A l'étage, de :

- 1° Trois dortoirs;
- 2° Cinq chambres à coucher;
- 3° Un vestiaire-lingerie;
- 4° Des lavabos.

L'INFIRMERIE peut être organisée de manière à avoir des quartiers spéciaux pour chaque sexe. Ces deux quartiers seraient séparés par un bâtiment central composé d'une série de places servant successivement de vestiaire, de lingerie, de pharmacie, de dépôts d'objets de pansement, etc. Chaque infirmerie ne pourrait être composée que d'un seul étage comprenant :

- 1° Une ou deux salles pour les malades alités. Dans une des salles on pourrait placer les déments paralytiques tranquilles et les épileptiques à accès fréquents;
- 2° Deux chambres d'isolement;
- 3° Une chambre pour moribonds;

- 4° Une salle de réunion pour convalescents;
- 5° Une salle de bains avec lavabos;
- 6° Un ou deux cabinets d'aisance;
- 7° Une cuisine-relaverie;
- 8° Un petit laboratoire pour l'examen des urines, crachats, etc.

Ce pavillon devrait avoir une terrasse ou au moins un corridor qui pourrait recevoir les malades alités que l'on voudrait confier au grand air.

Nous arrivons à la fin de notre mission. Les modifications à apporter à un asile d'aliénés ont été établies. Il était impossible de tracer un plan complet sans posséder les bases préalables, telles que la population à recevoir, si les deux sexes seront admis, etc. Nous espérons toutefois en avoir dit assez pour faire ressortir l'importance de la différence entre l'asile d'autrefois et l'asile de nos jours.

L'ALITEMENT EN ALIÉNATION MENTALE

par MM. MAIRET et ARDIN DELTEIL,

de Montpellier.

Il y a trois ans environ, dans un voyage que nous fîmes en Allemagne, nous eûmes l'occasion d'étudier dans quelques services de psychiatrie, la clinothérapie. L'impression que nous retirâmes de cette étude, en comparant la manière de procéder de nos confrères d'outre-Rhin avec celle adoptée en France, fut que l'alitement répondait à une nécessité climatérique plutôt qu'il ne représentait un moyen thérapeutique supérieur aux méthodes ordinaires, au lever notamment. Dans notre région du Midi, nos malades peuvent vivre pour ainsi dire constamment au grand air; nous n'en voulons pour preuve que le fait suivant: dans les cinq dernières années, ceux de nos malades qui vont travailler dans une propriété située à trois kilomètres de l'établissement n'ont dû s'abstenir d'y aller pour cause d'intempérie que 55 fois, c'est-à-dire environ 10 jours par an. Dans des climats plus rigoureux, c'est pendant de longs jours que les malades ne peuvent même sortir dans les jardins ou les cours des établissements où ils sont traités; ils restent agglomérés dans des salles qui ne tardent pas à devenir trop étroites; il y a encombrement. Or, l'agitation est en quelque sorte

fonction de l'encombrement, et nous en avons dans notre Asile même une démonstration on ne peut plus typique.

Notre quartier des hommes, par la multiplicité de ses sections, par ses jardins, nous permet d'avoir des groupements peu chargés en malades; aussi y avons-nous un calme tellement grand qu'il frappe tous les visiteurs; et cependant le « no-restraint » est largement mis en pratique chez nous, où l'on n'use d'aucun moyen de contention, ni de cellule. Notre quartier des femmes, au contraire, est tellement exigü relativement à la population qu'il contient, que nous sommes obligés d'accumuler les malades dans d'étroits espaces; on pourra juger de l'encombrement qui en résulte, quand nous dirons que notre section d'agitées pour une seule salle renferme parfois 44 malades. Aussi, bien que les méthodes de traitement employées dans ce dernier quartier soient les mêmes que dans celui des hommes, l'agitation y est tout autre.

Il nous avait ainsi paru qu'en soignant leurs malades au lit, nos confrères allégeaient simplement leurs différentes sections et supprimaient de la sorte une raison puissante d'agitation, et peut-être même d'incurabilité dans certains cas.

Malgré cette impression, nous fîmes toutefois, en 1897, une tentative d'alitement; mais les résultats du début furent si peu encourageants que nous ne la poursuivîmes pas.

Lorsque nous apprîmes que la section de Psychiatrie du Congrès international de médecine mettait en discussion la question de l'alitement, nous nous proposâmes de la reprendre pour nous en faire une opinion définitive et raisonnée. Cependant, étant donné le calme dont jouit notre quartier des hommes et les heureux résultats qu'il entraîne, nous ne nous crûmes pas autorisés d'y introduire un procédé sur la valeur duquel nous n'étions pas fixés, et nous nous bornâmes à soumettre nos malades femmes à la clinothérapie. Ici l'encombrement, l'agitation, nous y invitaient, nous le commandaient même, étant donné les bons résultats constatés par divers médecins.

Nous avons soumis à l'alitement 90 malades, qui doivent être répartis en deux groupes.

L'un comprend les aliénées dont la maladie était déjà ancienne et pour lesquelles, par suite, nous pouvions demander au lit non la guérison, mais une atténuation du délire.

L'autre comprend les malades atteintes récemment et présentant une forme et un genre d'aliénation mentale guérissable (manie, lypé manie, folie post-infectieuse, folie psycho-sensorielle, la folie des persécutions exceptée, folie alcoolique.)

Nous étudierons successivement ces deux groupes; mais disons d'abord dans quelles conditions a eu lieu notre expérimentation.

Nos malades étaient placées dans deux dortoirs, bien aérés, de 16 lits chacun. Jamais plus de la moitié de ces lits n'était occupée. L'autre moitié, étant donné l'encombrement du quartier, était occupée pendant la nuit par d'autres aliénées. Nous avons soin d'éloigner le plus possible les agitées les unes des autres et nous alternions agitées et déprimées. Deux infirmières étaient consacrées à chaque dortoir; nous les faisons aider par un nombre suffisant de malades tranquilles, de manière qu'il n'y eût pas lutte si l'obligation se présentait de maintenir une malade au lit.

Disons d'une manière générale que les malades sont plus facilement maintenues au lit en hiver qu'en été: en été, elles s'asseoient sur le lit, ne cherchent qu'à se lever; en hiver, surtout au retour du bain, elles restent volontiers couchées et couvertes.

Pendant toute la durée de l'alitement, ces malades étaient soumises au même traitement que si elles avaient été levées: alimentation reconstituante, bains tièdes d'une durée plus ou moins prolongée, de une à trois heures, suivant le degré de l'agitation, avec ou sans irrigation ou affusions; lavages à l'eau tiède ou froide, douches, frictions, massage, toniques, glycérophosphates, hypnotiques, etc...., tous agents ayant pour but de régulariser telle ou telle fonction.

Toutes les entrantes appartenant à l'une des catégories que nous avons indiquées précédemment étaient systématiquement mises au lit. Toutefois, nous n'avons pas cru devoir continuer l'alitement lorsqu'après un certain temps il ne donnait aucun résultat ou lorsqu'il nous paraissait compromettre la santé des malades.

Ceci posé, nous revenons à l'étude des deux groupes que nous avons établis:

Premier groupe. Folie ancienne. — Les malades de ce groupe sont au nombre de 55, ainsi réparties:

Manie	16
Lypémanie.	10
Folie des persécutions	5
Paralysie générale	4
Démence sénile.	2

La durée du séjour au lit a varié entre 18 jours, chiffre minimum, et 174 jours, chiffre maximum.

Cette variabilité dans la durée de l'alitement tient à ce que nous avons dû faire lever certaines malades pour l'un des motifs suivants:

Dépérissement se traduisant sous forme de perte d'appétit, d'anémie, de perte de poids, pouvant aller jusqu'à 11 kilogrammes; onanisme; gâtisme.

Augmentation de l'agitation ou des idées de tristesse. Il en a été ainsi dans 15 cas; les diverses causes précédentes se sont toujours présentées dans le premier ou dans le second mois. Dans les 20 autres cas où aucun incident fâcheux n'obligeait à faire lever les malades, nous les avons maintenues couchées de deux mois à près de six mois, en général trois mois.

Dans ces cas, malgré la durée plus ou moins prolongée de l'alitement, nous n'avons obtenu aucun effet utile, peu importe la forme et la nature de l'aliénation mentale.

Deuxième groupe. Folie récente. — Les malades de ce groupe sont au nombre de 55, ainsi réparties :

Manie	25
Lypémanie	18
Folie post-infectieuse	8
Folie psycho-sensorielle	5
Folie névro-alcoolique	1

La durée du séjour au lit a été très variable dans ces cas comme pour les aliénations mentales anciennes.

Nous avons dû faire lever 55 malades.

a) Dans le cours des deux premiers mois, 20 malades pour les raisons suivantes : 5, pour masturbation; 4, pour gâtisme; 6, pour dépérissement physique, perte d'appétit, anémie, diminution de poids, céphalées, vertiges, état stationnaire ou aggravation du délire; 4, pour aggravation du délire; 1, pour une cause accidentelle (transfèrement).

b) Dans le cours du second et du troisième mois, 15 malades chez lesquelles il n'y avait pas d'amélioration et dont quelques-unes perdaient en poids, mouillaient, gâtaient (l'une de ces dernières avait même réalisé des escarres).

Des 20 malades qui restent :

Trois sont encore couchées, elles sont au lit depuis déjà plus de six semaines, sans qu'aucune amélioration se soit produite.

Six sont décédées : 2 d'adynamie, 1 de broncho-pneumonie, 1 de pleurésie, 1 de fièvre typhoïde, 1 d'hémorragie sous-méningée.

Onze ont guéri *au lit*.

Les résultats qui précèdent nous montrent, pour les folies récentes :

1° Que le lit n'a, dans certains cas, aucun effet utile; 15 de nos

malades qui sont cependant restées couchées plus de deux mois, certaines même jusqu'à quatre mois, se sont levées sans que leur état mental ait été en rien modifié ;

2° Que le lit peut produire des effets obligeant à faire lever les malades ; c'est ce qui est arrivé pour 20 d'entre elles ;

3° Que le lit ne diminue pas les décès, puisque 6 malades (soit 10,9 pour 100), sont mortes, alors que la mortalité ordinaire est à peine supérieure (11,99 pour 100) ;

4° Que certaines malades peuvent guérir au lit. Il en a été ainsi pour 11 d'entre elles, c'est-à-dire dans 20 pour 100 des cas.

Arrêtons-nous à ces guérisons. La proportion en est peu considérable ; elle est inférieure, et de beaucoup, à celle que donne le traitement ordinaire. Si nous prenons, en effet, pour les années 1896, 1897, 1898, le nombre des malades entrés à l'asile et atteints des mêmes genres de folie que nos alitées ; si nous établissons une proportion des guérisons obtenues par rapport aux entrées, dans les mêmes catégories, nous trouvons les chiffres suivants :

En 1896	42,0/0 de guérisons.
En 1897	44,6 0/0 —
En 1898	55,55 0/0 —

Mais, parmi les malades qui ont dû être levées après un séjour plus ou moins considérable au lit, nous en trouvons un certain nombre, 15, qui ont guéri plus ou moins longtemps après le lever, au bout de deux mois, chiffre minimum, à quatre mois, chiffre maximum.

Est-ce que, dans ces cas, malgré les apparences, le lit n'aurait cependant pas agi ? Nous ne le croyons pas.

Si nous ajoutons ces 15 malades guéries après le lever aux 11 guéries au lit, nous trouvons un total de 24 guérisons, ce qui donne pour nos 55 malades une proportion de 45,6 pour 100, qui n'est pas supérieure à celle que nous obtenons par les méthodes ordinaires dans certaines années.

Donc, envisagée au point de vue de la curabilité des folies récentes, la clinothérapie est loin de pouvoir être considérée comme une méthode de traitement devant être généralisée à tous les cas.

Même dans les 11 cas où les malades ont guéri au lit, la guérison aurait certainement eu lieu pour la grande majorité d'entre elles, très probablement pour les autres, si toutes étaient restées levées. Ces 11 cas visent en effet : 6 fois des maniaques intermittentes qui avaient déjà eu un ou plusieurs accès dont elles avaient guéri en restant

levées; 1 fois 1 manie alcoolique; 5 fois des folies post-infectieuses (grippale, puerpérale, post-opératoire), qui guérissent aussi volontiers, et enfin 1 fois 1 lypémanie.

Toutefois, et c'est là un point en faveur de l'alitement, il nous a semblé que dans certains de nos 11 cas, la durée de la maladie avait été abrégée; ainsi, une de nos folies post-grippales a guéri en deux mois et demi, une folie puerpérale en sept semaines, une folie post-opératoire en trois mois.

Quant aux accès de manie intermittente, leur durée, comparée à celle des accès antérieurs, nous a paru d'une manière générale un peu abrégée. De plus, une de ces dernières maniaques nous disait qu'elle se trouvait mieux au lit que levée; dans ses accès d'agitation, elle a en effet l'habitude de se traîner par terre, d'où facilement des contusions qu'elle évite au lit.

Enfin, en ce qui concerne les malades qui ont guéri après avoir été levées, la durée de leur maladie n'a pas été modifiée, et est restée ce qu'elle aurait été en temps normal, si les malades n'avaient pas subi l'alitement.

Il serait donc intéressant de savoir dans quels cas les malades pourraient bénéficier de l'alitement. Si nous étudions à ce sujet les malades qui ont guéri au lit, nous voyons que 6 d'entre elles étaient atteintes de manie intermittente, 1 de manie alcoolique, 5 de folie post-infectieuse et 1 de lypémanie.

L'alitement serait donc un moyen utile surtout dans la manie intermittente et les folies post-infectieuses. Mais le nombre de nos observations est trop faible pour que nous puissions donner à ce sujet une conclusion absolument ferme.

Nous pouvons résumer dans les conclusions suivantes, le résultat de nos recherches sur l'alitement :

A. — Dans la folie ancienne, l'alitement comparé au lever n'a aucun effet utile ni sur la marche de la maladie, ni sur le délire, ni sur l'agitation ou la dépression.

B. — Dans les folies récentes, envisagées au point de vue de la curabilité :

1° L'alitement est loin de pouvoir être considéré comme une méthode de traitement devant être généralisée à tous les cas.

2° La plupart du temps il est inutile, ou produit divers troubles physiques ou psychiques qui obligent à faire lever les malades.

3° L'alitement dans certains cas paraît utile, en ce sens qu'il diminuerait la durée de la maladie. Ce serait plus particulièrement dans

la manie intermittente et les aliénations mentales post-infectieuses que nous avons constaté ces effets utiles.

4° L'alitement ne diminue pas le nombre des décès.

L'OPEN-DOOR ET LE TRAITEMENT AU LIT DANS LA RÉPUBLIQUE ARGENTINE

par M. le professeur D. CABRED.

Les différentes formes d'assistance collective de l'aliéné constitueront, sans aucun doute, une des questions les plus intéressantes qui doivent être traitées au Congrès international de maladies mentales en l'année 1900.

Déjà, depuis quelques années, de nouvelles méthodes de traitement, comme celle de l'*Open-door* et celle du traitement au lit, des psychoses aiguës, ont fait leur apparition, modifiant de fond en comble cette assistance.

Mais, comme il n'existe pas encore de complète uniformité d'opinions sur l'efficacité des nouvelles méthodes, les aliénistes des divers pays au Congrès de 1900, doivent profiter de l'occasion qui leur y sera donnée de faire connaître leurs observations à ce sujet.

Les heureux résultats obtenus par les deux systèmes de traitement dans les asiles d'Allemagne et d'Écosse, où j'ai pu les constater en 1896 et ceux dont je me suis moi-même rendu compte dans l'asile de Las Mercedes de Buenos-Ayres, où je les implantai à mon retour d'Europe, ont amené dans mon esprit la conviction de toute leur efficacité et de la nécessité qui s'impose de les appliquer avec le plus d'extension possible.

De quelle manière les deux traitements doivent-ils être combinés dans l'assistance hospitalière des maladies mentales pour que leur efficacité soit complète ?

Le plan général de la Colonie nationale d'aliénés actuellement en construction dans la République Argentine et qui accompagne ce léger exposé, montre une fois de plus comment peuvent se réaliser l'un et l'autre des traitements indiqués.

Nous disons : une fois de plus, parce que la conception de réunir dans le même asile le traitement libre de l'aliéné tranquille, chronique et la clinothérapie dans les psychoses aiguës a été déjà mise en pratique en Écosse, en Allemagne, en Russie, dans l'Amérique du Nord et quelque peu en France.

Une rapide description de l'Asile colonial argentin confirmera ce que nous avançons.

DESCRIPTION DE L'ASILE

SITUATION. — SUPERFICIE. — SYSTÈME D'ASILE. — ASILE CENTRAL. —
COLONIE PROPREMENT DITE. — SECTIONS DIVERSES.

Le nouvel asile d'aliénés que l'on a fondé dans la République Argentine sur un des sites les plus pittoresques proche du village de Lujan, est situé aux bords de la rivière qui porte le même nom et à 60 kilomètres de Buenos-Ayres. Deux lignes de chemin de fer desservent à proximité de l'asile : l'une, celle de l'Ouest, à une distance de 5 kilomètres, et l'autre, celle du Pacifique, à mille cinq cents mètres.

Son terrain qui occupe une superficie de cinq cent trente hectares est élevé, légèrement onduleux, très fertile et recouvert sur une extension de vingt hectares par des plantations de grands arbres qui y forment de vastes places et de grandes avenues.

La future population de la colonie se composera de mille quatre cents aliénés indigents et de deux cent cinquante aliénés pensionnaires.

Ce nombre de malades qui, tout d'abord, semble être bien considérable, ne l'est pourtant point si l'on tient compte, que dans ce pays les asiles d'aliénés n'y sont pas en nombre suffisant et cette insuffisance y est si notoire que l'on peut facilement affirmer que plus de la moitié de cette classe de malades qui ont besoin d'assistance hospitalière n'en reçoivent aucune actuellement.

Le manque de bonnes maisons de santé explique aussi toute l'importance que la section destinée aux aliénés pensionnaires a dans cet asile.

Dans le nouvel asile, on a observé le même système que celui désigné par les Écossais sous le nom de portes ouvertes, *Open-door*, et l'asile de Alt-Scherbitz y a servi principalement de modèle dans ses constructions ; tout en y introduisant cependant des améliorations importantes dans les différentes sections destinées aux malades, de même que dans les installations des services généraux. On est parvenu à y combiner l'admirable organisation de l'asile de la Saxe prussienne avec le confort des asiles anglo-écossais, le dotant en même temps de sections que l'on ne trouve pas dans celui-là.

Le nouvel asile est composé de deux parties : l'une, l'asile central et l'autre, la colonie proprement dite.

Le premier est pour les malades qui ont besoin d'une surveillance continuelle, d'un isolement passager ou d'un traitement médical spécial; mesures dont l'application aura lieu dans des villas qui ont, chacune suivant sa destination, des dispositions appropriées.

La seconde, destinée à l'assistance de la plupart des aliénés, — le 80 pour 100 de leur totalité, — servira à l'application la plus ample des principes de l'*Open-door* et du travail agricole, sans en exclure d'autres occupations qui en sont le complément et qui permettent d'utiliser les différentes aptitudes des malades.

Dans l'Asile central se trouvent, en plus des villas destinées au personnel technique et administratif: quatre villas de surveillance continue; quatre, pour les agités et trois pour les semi-agités, toutes celles-ci disposées pour le traitement par le repos au lit. En plus: deux villas d'essai ou d'épreuve; deux, pour paralytiques; deux, pour infirmeries; une, pour le lazaret; une, pour les aliénés dits délinquants; une, pour les travaux d'anatomie pathologique et enfin, le four de crémation et le cimetière.

On peut dès lors observer la grande importance que le traitement par le repos au lit a dans l'asile central; de telle façon que la plupart des malades s'y trouveront soumis à son action curative.

Les observations que, je le répète, j'ai faites en Europe et dans la République Argentine sur l'efficacité de ce traitement qui constitue, comme le dit mon savant ami le Dr Sérieux, « une des plus belles acquisitions de la psychiatrie contemporaine », m'ont mené à l'établir le plus largement possible, également dans le nouvel asile.

En effet, indépendamment de la bonne action que comme sédatif de l'excitabilité nerveuse l'on constate par le traitement au lit, des avantages qu'il rapporte pour l'examen de l'aliéné, de l'heureuse influence qu'il exerce sur la nutrition, ce traitement facilite grandement la surveillance du malade et, dans la plupart des cas, il permet même la suppression de l'isolement cellulaire.

Ainsi, par exemple, dans l'Hospice de Las Mercédès qui renferme 1500 aliénés et où jusqu'en l'année 1896 il y avait en cellule constamment 40 ou 50 aliénés agités, aujourd'hui, après qu'on y a installé la clinothérapie, il n'y en a plus comme terme moyen que 5 par jour et seulement pour quelques heures.

L'asile central sera donc ainsi presque exclusivement destiné pour cette forme de traitement, car, à part les villas d'essai ou d'épreuve dans lesquelles les aliénés ne séjournent que peu de temps, avant de

se rendre dans la colonie et de la villa des aliénés dits délinquants, toutes les autres ont pour objet spécial le traitement au lit.

Les idées qui sur les bons effets de ce genre de traitement ont été soutenues par Guislain en Belgique; L. Meyer, Paetz, Scholl, Brosius et d'autres en Allemagne; J. P. Falret, Magnan, Sérieux, Toulouse, Marandon de Montyel, Legrain, etc., etc., en France, se verront donc complètement réalisées dans la République Argentine.

Villas de surveillance continue. — La disposition matérielle de ces villas est excessivement simple; on y a utilisé dans l'adoption des plans toutes les données de ceux qui furent employés pour les sections similaires des asiles d'Alt-Scherbitz, Giessen, Uchspringe et Halle. Dans ces villas, les malades occupent le rez-de-chaussée qui comprend : 1° deux dortoirs qui communiquent entre eux et ayant chacun 15 lits; 2° un grand vestibule avec lesquels il communique; 3° deux chambres d'isolement; 4° une chambre de bains avec des water-closets et qui est également en communication avec les dortoirs. Les villas ont en plus un petit étage supérieur où se trouvent plusieurs chambres pour la lingerie et pour le personnel de surveillance. Les sous-sols servent comme dépôts d'ustensiles. Une galerie extérieure ayant trois mètres de largeur, fait le tour de chaque villa qui se trouve limitée de tous côtés par une haie vive de deux mètres de hauteur. La disposition intérieure de cette section permet, comme on le comprend facilement, d'y effectuer une surveillance assidue.

Villas pour agités et semi-agités. — Elles sont chacune d'elles installées pour trente malades et leur disposition intérieure a pour objet principal d'y mettre en pratique le traitement par le repos au lit. C'est ainsi qu'au lieu d'être une section cellulaire, elles se composent comme celles de surveillance continue, de dortoirs au rez-de-chaussée, en communication avec les bains et d'une chambre d'isolement pour chaque groupe de 15 malades. Cette chambre a 4 mètres de longueur sur 4 de largeur et 5 de hauteur, bien aérée et pourvue d'un éclairage naturel et artificiel qui peut être gradué à volonté; elle ne rappelle donc en rien la cellule des vieux asiles fermés.

L'aliéné ne l'occupera que passagèrement, quand quelque crise d'extrême exaltation l'empêchera d'être gardé au lit. Il y a aussi au rez-de-chaussée une petite salle à manger et une petite salle de réunion. La lingerie et les habitations du personnel de surveillance sont situées à l'étage supérieur. Une haie vive de 2 mètres de hauteur entoure également ces villas qui sont pourvues d'un grand espace libre où les maniaques dans leurs moments de calme peuvent rester au soleil et respirer l'air libre de la campagne.

Les villas d'essai. — Ainsi qu'il a été déjà dit, elles sont destinées pour y recevoir pendant quelques jours les malades qui, provenant des sections de surveillance continue ou de celles des agités, vont passer dans la colonie. Elles sont, dirons-nous, le point de transition entre celle-ci et l'asile central et ont pour objet d'y graduer la grande liberté qui dans la colonie va être accordée au malade. Elles ont un rez-de-chaussée et un étage supérieur. Au rez-de-chaussée se trouvent : les salles de réunion et le réfectoire, les bains et les water-closets ; à l'étage supérieur, les dortoirs communs, la lingerie, les bains, etc.

Villas pour paralytiques. — Elles sont également formées d'un rez-de-chaussée et d'un étage supérieur où se trouvent des dortoirs, des petites salles de réunion et des petites salles à manger, des bains, etc., etc.

Ce sont celles qui sur une superficie égale aux autres villas disposent d'un plus grand nombre de lits, ce qui s'explique très bien par la raison qu'elles sont destinées pour les malades qui sont arrivés à la troisième période de leur maladie et restent alités la plupart du temps. Elles sont entourées aussi par de vastes galeries ouvertes et couvertes qui permettent aux malades d'y prendre l'air et d'y recevoir en abondance la lumière, étendus sur leur chaise longue. Ces villas sont pourvues d'ascenseurs.

Infirmieries. — Elles ont, comme les villas citées antérieurement, un rez-de-chaussée et un étage supérieur. Au rez-de-chaussée se trouvent : 1° deux salles pouvant contenir 12 malades chacune d'elles ; 2° des chambres de bains et des water-closets ; 3° des chambres pour y garder les médicaments et pour y effectuer des pansements ; 4° une chambre pour les moribonds ; 5° une chambre pour les infirmiers ; 6° la lingerie ; 7° une chambre pour le cabinet du médecin. La même disposition se trouve répétée à l'étage supérieur et elles ont aussi un ascenseur. Comme annexe de l'infirmierie et reliée à celle-ci par une galerie se trouve la salle d'opérations.

Lazaret. — Loin de toutes ces différentes sections est installée la villa pour les maladies contagieuses. Pourvue de commodités et aussi confortable que les autres villas, elle est divisée en deux parties, l'une pour les indigents, l'autre pour les pensionnaires et peut recevoir 20 des premiers et 5 des seconds.

Villa pour les aliénés dits délinquants. — Elle a une capacité pour 50 malades et se compose d'un rez-de-chaussée et d'un étage supérieur.

Au rez-de-chaussée se trouvent : le réfectoire, des ateliers, une salle de réunion, des bains et des water-closets. A l'étage supérieur se

trouvent des chambres pour y loger, un, deux et quatre malades, des habitations pour le personnel de surveillance, la lingerie, les bains, etc., etc.

Cette villa, la plus grande de l'établissement, est la seule qui a ses fenêtres pourvues de grillages et aussi la seule qui soit entourée d'un mur de 4 mètres de hauteur et d'un saut-de-loup. Le mur situé à 80 mètres de l'édifice laisse un grand espace pour la promenade des malades.

Pavillon d'anatomie pathologique. — Il se compose d'une salle d'autopsie, d'un dépôt pour les cadavres, d'un laboratoire, d'un musée, etc.

Four de crémation. — Ce four se trouve relié au petit cimetière de l'asile, et les cadavres des aliénés indigents qui ne seraient pas réclamés par leurs familles y seront soumis à la crémation.

COLONIE

La légende explicative du plan épargnerait presque la description de cette partie de l'asile, s'il n'y avait dans celle-ci des sections desquelles il est bon de faire connaître les dispositions.

Tout d'abord nous dirons que la colonie se trouve séparée de l'asile central par une avenue de 50 mètres de largeur ainsi que par de vastes jardins. Les villas sont distribuées comme celle de l'asile central en ordre dispersé, sans murs et sans grillage et le tout forme un pittoresque village qui éloigne toute idée d'isolement ou d'hôpital. Elles sont séparées l'une de l'autre par une distance de 50 mètres et celles qui sont destinées aux services généraux se trouvent groupées dans le centre de l'établissement.

Villas pour aliénés indigents. — En général elles sont disposées pour 50 aliénés, mais quelques-unes peuvent en recevoir jusqu'à 40. Elles ont un sous-sol, un rez-de-chaussée et un étage supérieur. Le sous-sol sert comme dépôt d'ustensiles. Au rez-de-chaussée se trouvent : le réfectoire, l'office, la salle de réunion, les bains, les lavabos, urinoirs et water-closets. L'étage supérieur est occupé par les dortoirs, la lingerie, les lavabos, les bains, etc., etc.

Les villas ou chalets sont simples en leur aspect et quoique tous en leur construction répondent au type indiqué, il sont si variés dans leurs modèles, que parmi les 51 qui composent cette section, il n'y en a pas deux qui soient égaux. Entourés de galeries de 5 mètres de largeur, il se trouvent placés au milieu de parcs et jardins.

Villas pour pensionnaires. — Disposées avec de grandes commo-

dités, ces villas sont divisées en 4 catégories ; celles de 5^e classe peuvent contenir chacune d'elles 20 aliénés, celles de 2^e, 10 et 4, celles de 1^{re} classe. Les villas pour pensionnaires spéciaux sont destinées chacune d'elles pour un seul malade.

Villas pour enfants idiots. — L'une d'elles est destinée pour les y loger ; elle dispose de dortoirs, de salle de réunion, de bains, etc., etc. L'autre est affectée pour école, gymnase et ateliers ; c'est-à-dire que l'on pourra y faire d'une manière complète le traitement médico-pédagogique.

Pavillon de l'hydrothérapie. — Situé presque au centre de la colonie il se compose : 1^o d'une grande piscine de 50 mètres de longueur sur 12 de largeur, avec un renouvellement constant d'eau ; 2^o d'une salle de douches froides et écossaises ; 3^o de bains d'air chaud ; 4^o de bains sulfureux ; 5^o de bains tempérés ; 6^o d'une salle de massage ; 7^o de petites salles pour y garder le linge ; 8^o d'une salle d'électrothérapie.

Le théâtre. — Ayant une capacité propre pour 500 personnes, il sert non seulement pour y donner des représentations, mais aussi pour des bals et des concerts.

L'église. — Elle a aussi une capacité pour 500 personnes et quoique la plupart des aliénés soient catholiques, ceux qui ne le sont pas peuvent recevoir librement la visite des sacerdotés des différents autres cultes.

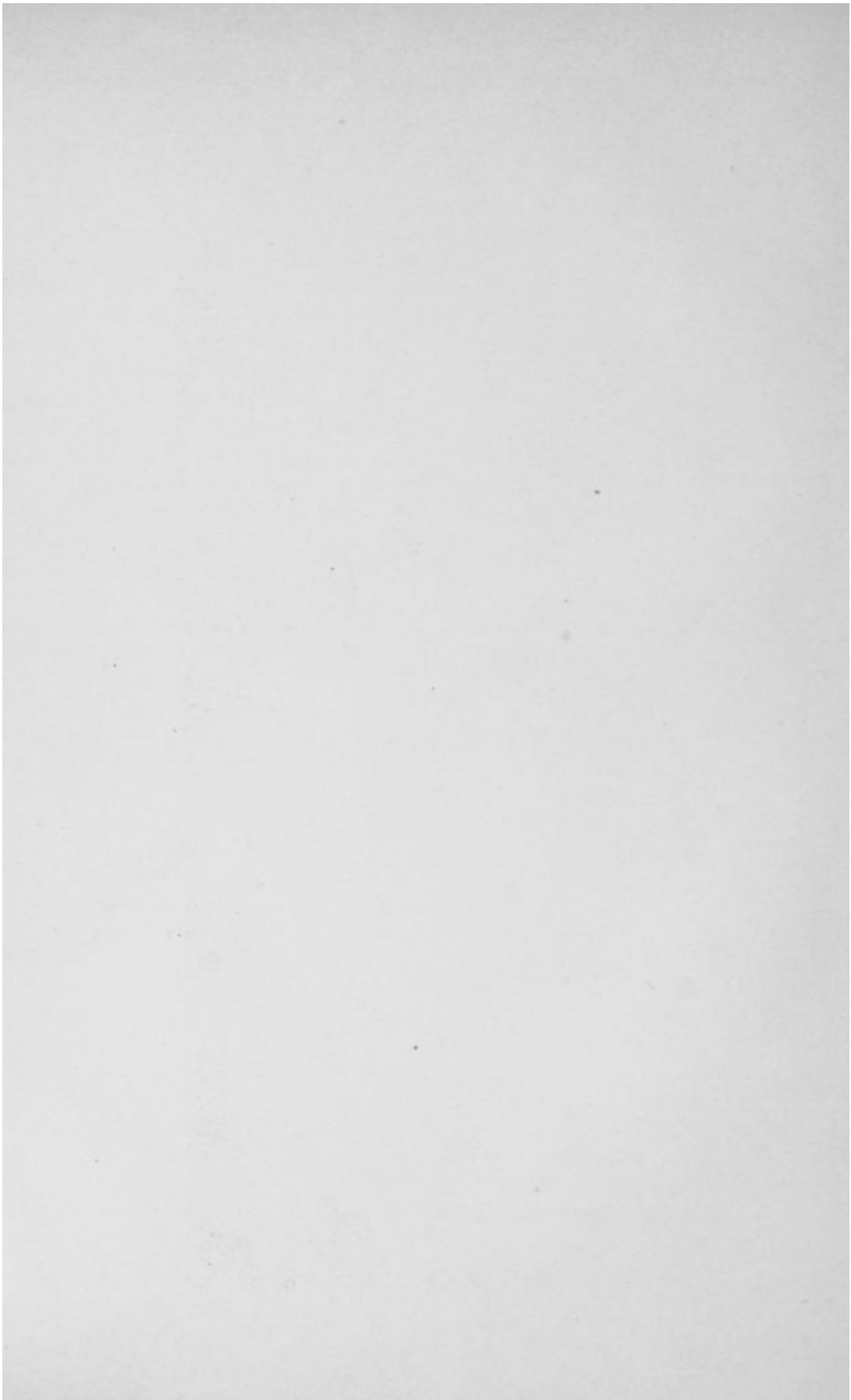
Les services généraux. — Cuisine, buanderie, économat, lingerie, etc., etc., se trouvent installés comme il est dit au centre même de l'établissement.

Le bâtiment des machines. — Il est destiné à pourvoir de vapeur la cuisine, mouvoir les transmissions des ateliers, à la caléfaction de la plus grande partie de l'asile et aussi à la mise en marche des dynamos de la lumière électrique.

L'installation des ateliers, des étables, de la porcherie, de la basse-cour et du pigeonnier, ont été l'objet de soins très spéciaux, car leur production, de même que celle de la culture de la terre, doit contribuer au soutien de l'asile.

La description sommaire qui précède fait connaître les moyens dont dispose cet asile éclectique et complet, conçu avec le dessein d'assister l'aliéné en accord avec les principes du *no-restraint*, de l'*open-door*, du *traitement par le repos au lit* et par l'application du travail agricole avec le plus d'extension possible.

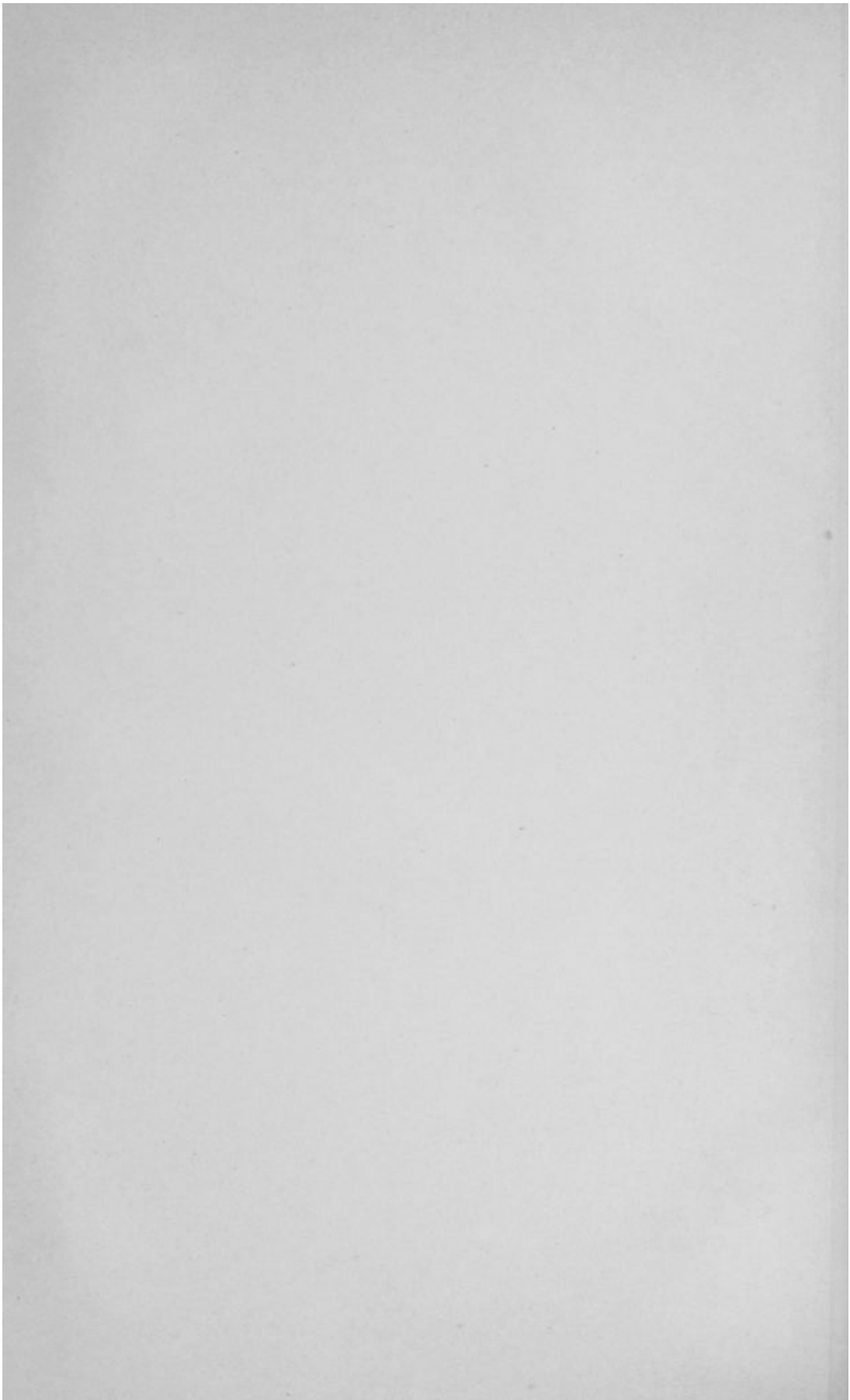
La construction de cet établissement a été calculée en la somme de trois millions cinq cent mille piastres monnaie nationale, ayant été payée en plus, pour l'acquisition du terrain, la somme de





Colonie Nationale d'Aliénés de Lujan, Province de Buenos-Aires

HASSON & C^o, ÉDITEURS.



94 000 piastres de la même monnaie, ce qui fait un total général de trois millions cinq cent quatre-vingt-quatorze mille piastres monnaie nationale plus ou moins. Cette somme réduite en francs au change actuel représente 7 825 525 francs, ce qui établit, comme coût de chaque lit, la somme de 4742 francs. Les constructions très simples de l'asile expliquent le coût si réduit de chaque lit, surtout si on le compare avec le prix du lit dans les monumentaux asiles fermés des grandes villes.

DISCUSSION

M. DOUTREBENTE. — J'ai fait l'essai du traitement par l'alitement à l'asile de Blois, mais dans les proportions limitées que comporte un asile où il n'y a que deux médecins. J'estime qu'il faut être très prudent dans le choix des malades auxquels on applique ce moyen de traitement. Y a-t-il, d'ailleurs, des résultats thérapeutiques en dehors de la mélancolie? Il serait important de publier des statistiques comparées relativement, par exemple, à la manie pure.

En ce qui concerne les résultats que j'ai obtenus, je dois avouer qu'ils ont été mauvais dans la paralysie générale et dans l'hébétéphrénie; meilleurs dans la manie franche. Dans ce dernier cas, je combinais l'alitement avec les grandes promenades.

Dans tous les cas, l'application de ce nouveau moyen thérapeutique exige, en quelque sorte, la refonte des asiles.

M. CLEMENS NEISSER. — J'estime que l'alitement est un procédé thérapeutique de tout premier ordre, qu'on doit employer coûte que coûte. Au point de vue scientifique, en tout cas, aucune hésitation n'est permise.

M. MARCEL BRIAND. — Je pratique l'alitement depuis quatre ans. Certains paralytiques généraux n'en sont pas justiciables parce qu'il faut exercer sur eux une certaine violence préjudiciable. Dans une cellule, l'alitement n'est pas pratique. Le malade, au contraire, se calme dans la salle commune. Il faut en excepter les déments agités.

M. TSCHICH. — C'est un procédé thérapeutique recommandable simplement comme étant propre, agréable et tranquille; mais il faut faire des réserves à son application dans les psychoses de la puberté où il s'est montré nuisible.

M. MAGNAN. — Je ne voulais pas prendre la parole, mais l'intervention de M. Tschich m'oblige à protester contre sa manière de voir. M. Tschich nous dit que là où on alite les aliénés rien n'est changé hormis que c'est un peu plus propre. Eh bien, non il y a quelque chose de plus, il y a l'amélioration certaine du malade traité; c'est ainsi que j'ai toujours vu, par ce procédé, la manie suraiguë transformée très rapidement en manie subaiguë et, dans la suite, le malade arriver plus rapidement à la convalescence. Quant à savoir dans quelle mesure la durée de la manie sera abrégée ou non par l'alitement, je défie qui que ce soit de faire le pronostic précis de la durée d'une manie et de savoir préalablement combien elle peut durer, soit qu'on alite ou non.

La séance est levée à midi.

MARDI 7 AOÛT**VISITE DE L'ASILE SAINTE-ANNE (ASILE CLINIQUE)**

Le Congrès de psychiatrie a visité le mardi 7 août 1900 l'Asile clinique (Sainte-Anne), où il a été reçu au nom du préfet de la Seine par la Commission de surveillance, que représentaient MM. Atthalin, président ; Bourneville, Henri Prestat et Béhenne.

La visite du Congrès a commencé par le service de l'admission sous la conduite du docteur Magnan.

M. le docteur MAGNAN a donné au Congrès des explications détaillées sur la substitution progressive, qui a été effectuée dans son service, du système de l'alitement aux anciens modes de traitement des malades mélancoliques et agités. Cet exposé a été écouté avec un intérêt visible. A l'objection qui lui était faite relativement à la fréquence des lacérations de literie, M. le docteur Magnan a répondu que, tout compte fait, ces lacérations étaient devenues de moins en moins fréquentes, et que l'alitement constituait au contraire une économie à ce point de vue sur le système de traitement par la cellule.

Le docteur Magnan a ensuite présenté au Congrès ses deux services de malades des deux sexes ; il a fait remarquer que, sauf l'installation au premier étage du service d'alitement des femmes, — installation à ce point de vue imparfaite, mais qu'il n'était pas possible d'éviter, — les services nouveaux basés sur l'alitement ont pu être organisés parfaitement dans des locaux qui cependant n'avaient pas été destinés primitivement à l'application de ce système.

Conduit ensuite dans le service de la clinique, le Congrès y a suivi les explications de M. le professeur JOFFROY, qui a exposé ses vues sur le traitement combiné de l'alitement et de la liberté laissée au malade. Il a fourni des explications sur un cas de myxœdème traité pendant deux ans à très faible dose par la thyroïdine.

Le Congrès s'est rendu ensuite au pavillon de chirurgie, où M. le docteur PICQUÉ a exposé au Congrès les raisons qui ont déterminé l'organisation d'un service régulier dans les asiles d'aliénés de la Seine et la réalisation de ce service à l'Asile clinique.

Puis il en a expliqué la destination, ce pavillon devant être un centre opératoire et non pas un pavillon d'hospitalisation, en sorte que les malades ne devront y venir que pour y subir des opérations

et non dans un but d'observation clinique et de traitement médical.

Il en a expliqué ensuite l'agencement et les conditions de fonctionnement, le sous-sol étant réservé aux services scientifiques, le rez-de-chaussée aux services préparatoires proprement dits, et le premier étage aux malades. Il a fait remarquer la distribution du pavillon en deux parties consacrées, l'une aux services septiques, l'autre aux services aseptiques, exactement semblables d'ailleurs.

L'organisation complète, dans ce pavillon, d'un service modèle de pansement, a fait également l'objet des explications de M. le docteur Picqué.

Chacun des services du pavillon a été successivement visité par le Congrès, dont les membres se sont vivement attachés aux explications fournies par le savant chirurgien des asiles.

Après avoir été reçu à déjeuner dans le parloir, orné de drapeaux français et étrangers, le Congrès a été conduit dans leurs services respectifs par les distingués docteurs DUBUISSON et VALLON.

La visite du Congrès s'est terminée par le service des consultations externes, où M. le docteur DAGONET a donné sur le fonctionnement de son service de très intéressants détails, notamment en ce qui touche le chiffre des consultations données et sur leur importance et leurs résultats pratiques.

Au déjeuner, M. ATTHALIN, qui présidait la réception, avait ouvert la série des toasts par le discours suivant :

MESSIEURS,

C'est au titre de Président de la Commission de surveillance des asiles d'aliénés, et à la confiance que veut bien nous témoigner l'éminent Préfet de la Seine, qu'est dû, pour mes collègues et pour moi, l'honneur de recevoir à l'asile Clinique les hautes personnalités scientifiques qui, dans ce grand Congrès international, jettent tant d'éclat sur la section de psychiatrie.

Je vous souhaite, Messieurs, une chaleureuse bienvenue. Si, à mon vif regret, je ne puis, en vous tendant la main, me réclamer auprès de vous de la qualité de confrère, veuillez tout au moins m'autoriser à vous dire que mes fonctions passées de juge d'instruction, puis de chef du Parquet, à Paris, m'ont donné lieu, maintes fois, de côtoyer vos admirables travaux, et de prendre une part, si modeste soit-elle, à vos observations sagaces et fructueuses.

Messieurs, de toutes les régions de cette terre, où l'humanité, qui est bien une au moins par la souffrance, respire, travaille, espère et pense, vous apportez à pleines mains les lauriers vraiment glorieux, ceux des quotidiennes victoires du dévouement et de la science sur le plus atroce peut-être de tous les maux dont un destin mystérieux et farouche nous accable sans pitié.

Il fut jadis, Messieurs, dans le recul des âges, un temps où l'homme, déprimé par le sentiment de sa faiblesse, se courbait devant la loi du mal, qu'il croyait éternelle, et où, ramassant toutes ses énergies pour n'aboutir qu'à l'endurance passive, il dressait des autels aux forces obscures qui l'écrasaient.

Puis, ce résigné s'est ressaisi.

Armé par la science, arrachant par lambeaux ses secrets à la nature avare, il a compris enfin que le mal n'était qu'un accident, et qu'un jour son génie en serait maître.

Messieurs, ce jour viendra. Il ne sera plus bientôt d'afflictions ni de misères si grandes qu'elles ne soient dominées par l'effort entrepris pour les détruire — et le passé, qui répond de l'avenir, permet d'entrevoir l'heure où la science écrasera sous son talon le mal terrible contre lequel vous menez l'assaut virilement et sans merci.

Aujourd'hui, Messieurs, dans cette lutte grandiose contre la souffrance, la science n'est plus seule à combattre. Elle se double d'un élément dont l'aurore du xx^e siècle voit grandir les forces sous une irrésistible poussée.

Le sentiment de la fraternité humaine et de la solidarité sociale se dresse aux côtés de la science, comme s'épanouit un arbre gonflé de sève. Un souffle passe : capital et travail, association, mutualité, division des charges dans la collectivité, assistance dans son acception vraiment égalitaire, sont autant de problèmes dont nous sommes trop épris pour qu'ils puissent — désormais descendus des régions de l'utopie et du rêve — rester plus longtemps sans solution effective et rapide.

C'est ainsi que, dans le double domaine de la science médicale et de la science sociale, la lumière monte, dissipant à la fois la souffrance et la misère ; — et qu'en se prêtant un mutuel et inébranlable appui, le philanthrope et le médecin — qui, le plus souvent, ne font qu'un — marchent d'un pas sûr à la conquête de la cité future.

Au cours de l'inoubliable discours qu'il prononçait devant vous à l'ouverture de votre section, l'illustre D^r Magnan constatait que le terrain sur lequel les psychiatres se rencontreraient est celui d'une large application des divers modes d'assistance aux aliénés désormais affranchis des moyens violents de contention.

Cette pénétration réciproque de l'assistance et de la médecine ne trouve-t-elle pas déjà l'une de ses formules pratiques dans ces colonisations familiales, installées en Écosse par le distingué sir John Sibbald, et par M. Fraser, — pratiquées en Belgique, à Gheel et à Lierneux, par MM. Peters et Depéron, — et organisées en France, à Dun et à Ainay, par l'éminent directeur des Affaires départementales, M. Le Roux, si utilement secondé par M. le D^r Marie ?

Aussi, Messieurs, devez-vous être fiers de votre rôle social. — Quoi de plus beau et de plus digne d'envie que d'être, comme vous, à l'œuvre, à l'heure du renouveau !

Peut-être ne verrez-vous pas toutes les moissons promises ; mais les disciples qui, après vous, entreront dans la carrière, trouveront le sillon largement ouvert et les semailles commencées.

Et quelle joie pour nous, Messieurs, qui vous recevons ici, de voir

votre Congrès répondre par son éclat aux légitimes ambitions de notre République, comme à la splendeur de cette Exposition, nouvelle étape vers l'union des hommes et vers la paix universelle qui abolira la misère en permettant de consacrer au bien-être des peuples l'entier produit de leurs labeurs !

Jamais, Messieurs, l'apostolat social et scientifique n'a réuni plus de nobles esprits sur les bords de la Seine ! Dans notre sphère nous vous remercions d'y être accourus de tous les points de l'horizon. De la fusion de vos travaux jailliront l'expansion et le rayonnement de découvertes fécondes qui deviendront ainsi le patrimoine indivis de la grande famille humaine.

J'en prends à témoin les rapports présentés à votre section de psychiatrie par M. le professeur Marro, M. le Dr Clemens Neisser, M. le professeur Korsakoff, — M. le Dr Jules Morel, — M. le professeur Krafft-Ebing, — M. le professeur Ziehen, — MM. les D^{rs} Shuttleworth et Fletcher Beach, — M. le professeur Mierzejewski, dont l'autorité se mesure aux regrets qu'éveille son absence, et enfin par nos savants aliénistes de Paris, qui viennent, avec vous, de jalonner encore la route sur laquelle la science médicale poursuit sa marche bienfaisante.

J'en prends encore à témoin le prestige des noms de MM. Sibbald, Shuttleworth, Mendel, Jolly, Meschede, Noëli, Mierzejewski, Roth, Bajenoff, Marro, Serbski, Mello Reis, Morel, Hjerström, Brosius, Depéron, et de bien d'autres, maîtres illustres ou disciples distingués, dont les noms figureront au livre d'or du Congrès à côté de ceux des sympathiques doctresses, qui, devenues vos égales dans la science, savent en parer l'austérité des charmes divins du sourire et de toutes les grâces attendries de la pitié féminine.

Que pourrais-je vous dire, Messieurs, de votre illustre Président, sans offenser cette délicate et modeste simplicité qui s'incarne à la vraie science et ne s'en peut séparer ? Je rougis d'être un profane, et de n'oser vous entretenir d'œuvres et de leçons dont chaque ligne est présente à vos esprits ; mais, s'il ne m'appartient pas d'émettre un avis sur la conception théorique d'une méthode curative, il ne saurait m'être interdit d'en retenir les résultats. — Vous avez vu ce qu'ils sont. — Ce que vous auriez pu remarquer encore au cours d'une visite plus longue, c'est l'attachement que les malades marquent à leur médecin, et vous auriez appris ainsi qu'à une science profonde le Dr Magnan joint cette attentive et miséricordieuse bonté qui est le plus beau de tous les attributs humains.

Ici, Messieurs, comme à Ville-Évrard et à Maison-Blanche, vous aurez pu vous rendre compte de l'élévation des vues qui président au traitement des malades, de la haute valeur des médecins chefs de service, de la distinction de leurs internes, de l'excellence de la direction, confiée, dans chaque asile, à un administrateur éclairé.

Mais votre trop courte visite n'a pu vous permettre de noter un des plus essentiels éléments de nos victoires médicales. Je veux parler de la discipline, de la patience, de l'abnégation et du courage du personnel secondaire. Ce personnel ne cesse de faire preuve, dans nos asiles, d'une compréhension, plus nette chaque jour, des devoirs sociaux et civiques.

Il peut revendiquer une part dans les résultats que vous constatez ici. Nos médecins se plaisent à le dire en toute circonstance, et c'est être leur porte-parole que de le proclamer.

Les exemples, au surplus, et les encouragements se pressent.

Il ne m'appartient pas de dire à quel degré s'élèvent, chez mes dévoués collègues de la Commission de surveillance, la préoccupation et le souci du bien-être des malades, — et l'Administration préfectorale, que représente ici l'éminent directeur des Affaires départementales, ne me pardonnerait pas de transformer en une louange la sobre constatation de grands devoirs noblement accomplis.

Mais, ce que je ne puis me défendre de dire, et ce qui doit être su, c'est que, dans les vues généreuses qui donnent essor à l'assistance des aliénés, le Conseil général de la Seine marche vraiment à l'avant-garde. Jamais en vain les mains ne se tendent vers lui, soit en vue d'augmenter le bien-être des malades, soit afin de perfectionner l'outil entre les mains du médecin, — comme d'ailleurs en témoigne le pavillon de chirurgie, dont la création est due à la persévérante initiative de l'éminent D^r Picqué, et dont la construction, œuvre de notre distingué architecte, M. Peronne, traduit d'heureuses innovations pratiques.

Et, s'il m'était donné d'énumérer ici toutes les améliorations successivement réalisées, vous apprendriez sans surprise qu'en trente années le chiffre annuel des dépenses consenties par le Conseil général s'est élevé de trois à neuf millions.

Messieurs, en dressant devant vous le bilan des efforts de notre démocratie dans cette branche d'assistance, je me défends d'obéir à un étroit sentiment de vanité.

On a dit — et c'est vérité — qu'il n'y a pas de frontières pour la science; — il est moins de frontières encore pour l'humaine fraternité, — et vous appartenez tous à une seule et même nation, celle des gens de bien au service de l'Idée.

Après avoir mesuré nos conquêtes sociales et scientifiques désormais inséparables, — après avoir ressenti jusqu'à quel point des institutions égalitaires peuvent imprégner un peuple du sentiment de la solidarité, — après avoir contemplé notre République dans le calme de sa simplicité puissante et robuste, — vous nous renouvellez, Messieurs, la faveur de vos estimes et de vos sympathies, comme aussi vous remporterez toutes les nôtres dans une cordiale et loyale étreinte.

Je lève mon verre au succès de l'œuvre du Congrès, — et au soulagement des malheureux de tous les pays, qui, dans un même élan de souffrance, font appel à la science victorieuse!

Au nom du Conseil général de la Seine, M. le docteur CHÉROT, conseiller général, a remercié les membres du Congrès de leur empressement à visiter les asiles du département et leur a souhaité la bienvenue

M. le docteur MAGNAN a pris ensuite la parole à peu près en ces termes :

Je suis ému et confus de l'accueil magnifique qui nous a été fait. Les

compliments qui m'ont été adressés ne s'arrêtent pas à moi et vont à tous mes collègues.

Je remercie M. le docteur Chérot de ses affectueuses paroles, et en sa personne tout le Conseil général. Je prie d'autre part notre cher Directeur de vouloir bien être l'interprète auprès du Préfet de la Seine de mes remerciements et de la vive gratitude des membres du Congrès de psychiatrie qui emporteront un long souvenir des visites charmantes et utiles faites à l'asile Clinique.

Les médecins des asiles français remercient leurs collègues étrangers d'être venus leur apporter la bonne parole, et hier, dans la discussion sur l'alitement, nous avons pu entendre de leur part de précieuses remarques.

Pour moi, je me félicite d'avoir renoué d'anciennes et bonnes relations et d'être entré en communion directe avec ceux de mes confrères en psychiatrie que je ne connaissais pas encore.

M. REGNARD, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur, s'est exprimé à peu près en ces termes :

Je manquerais à tous mes devoirs si je ne me levais pas ici, d'abord pour remercier le Comité d'organisation qui m'a fait l'honneur de m'appeler aux séances du Congrès ; je n'en puis remercier ici tous les membres : je reconnais près de moi le professeur Joffroy, le docteur Vallon ; mais c'est surtout le Président du Congrès, mon vieil ami Magnan, à qui je dois rendre hommage. Mon cher Magnan ! nous avons blanchi ensemble, pas sous le même harnais pourtant : lui, sous le harnais scientifique celui sous lequel l'individu ne se consacre plus qu'à la recherche de la vérité — et dans cette vie, quelle plus grande souffrance que de ne pas trouver la vérité ! — j'avais endossé, moi, le harnais politique : je n'ai pas à m'en plaindre : c'est à chacun de servir son pays selon ses aptitudes. A tes nobles efforts, cependant, j'aurais désiré aujourd'hui une sanction ; j'aurais voulu, mon cher Magnan, accrocher à ta boutonnière la croix d'officier de la Légion d'honneur. Je ne dis pas que cela ne viendra pas ! En attendant, j'aurai du moins attaché le grelot !

Je remercie le Conseil général et la Commission de surveillance de leur sollicitude ; et je dois, comme administrateur, constater les efforts réalisés par le Conseil général sous la République pour la cause des aliénés. Je vois ici nombre d'éminents aliénistes de province : ils savent, eux, le prix de l'appui d'un Conseil général disposant de fortes ressources, et ils envient le sort de leurs confrères de la Seine, — si spontanément qu'ils rendent justice au Conseil de leur département !

Je remercie les médecins aliénistes qui sont venus ici de tous les points de la France ; leur tâche est dure ; j'en connais parmi eux qui, récemment encore, n'ont échappé que par miracle à des agressions qui pouvaient être mortelles : un progrès qui viendra sans doute sera de séparer de leurs compagnons les aliénés criminels.

On vient de parler d'alitement et de repos : tout à l'heure, en visitant les quartiers où ce traitement plus humain est appliqué, je pensais à cette grande tragédie de *King Lear* où se trouve contenue peut-être la

plus sublime évocation de la folie; et je me rappelais, au dernier tableau, la question de Cordelia au médecin : « Que peut la sagesse de l'homme pour restaurer sa raison évanouie! Que celui qui la guérira dispose de toutes mes richesses! » A quoi le médecin répond :

« Il y a un moyen, madame : Le repos est le souverain nourricier de la nature. C'est le repos qu'il lui faut. » Et peut-être n'y avez-vous pas pensé ; mais qui sait si le poète n'avait pas entrevu, en effet, la vérité? Il faut, aux malheureux, le repos : aux malheureux privés de raison comme aux autres; et nous devons le leur donner, alors que trop d'entre eux, soupirant après lui, ne le trouvent que dans le froid et la solitude du tombeau!

Messieurs, il y a deux ans, j'avais l'honneur de représenter le gouvernement au Congrès d'Angers, et je rappelais déjà cette antinomie, entre la science, qui n'a pas de patrie, — sans doute, — et les savants, qui en ont une : et je pensais que, pour résoudre cette antinomie, un sentiment existe : l'amour du genre humain. C'est au nom de ce sentiment que je m'adresse aux nations amies qui ont envoyé quelques-uns de leurs savants pour prendre part à nos réunions scientifiques, et je les accueillerai en leur rappelant le mot de Feuerbach : « Assez longtemps on a présenté les choses sacrées comme des vérités; c'est à nous aujourd'hui de présenter la vérité comme seule sacrée ».

M. le professeur MESCHÉDE porte un toast à l'Asile clinique et au docteur Magnan.

M. le professeur HJERSTROM porte la santé du docteur Magnan. En quelques mots émus, il fait allusion aux années de camaraderie dont le souvenir le lie au docteur Magnan. Il rappelle que l'autorité de Magnan a fait triompher récemment en Suède les nouvelles idées scientifiques; il ajoute qu'il est chargé par les représentants de la psychiatrie suédoise de lui apporter à Paris l'hommage de leur admiration.

M. le professeur JOFFROY a pris la parole à peu près en ces termes :

J'ai tenu à prendre la parole pour porter la santé du docteur Magnan.

Je suis très heureux de joindre mes félicitations personnelles à celles unanimes qui lui sont décernées : c'est la juste récompense de toute une vie de travail.

Au titre de représentant de l'Université de Paris, je porte la santé des Universités étrangères qui ont rehaussé l'éclat de nos séances par le prestige de leur renom.

Ces représentants des Universités étrangères ne nous sont pas des inconnus : je les connaissais par leur nom ; plus tard j'apprécierai les travaux davantage, ayant pu apprécier leurs auteurs de plus près.

Je bois à la santé de M. Magnan.

Je bois à la santé des représentants étrangers.

Mme TARNOWSKA :

Au nom des dames qui ont eu l'avantage d'assister à la visite de ce bel

asile, je lève mon verre à l'intention de l'administration de l'asile Sainte-Anne et de son bon génie, M. Magnan.

M. le docteur BUFFET, médecin de l'asile d'Ettelbrück :

Permettez-moi, en ma qualité de délégué d'un petit pays voisin de la France et presque français par le cœur, de vous témoigner ma profonde gratitude pour l'accueil si courtois qui nous a été fait à la section de psychiatrie. Dans sa sollicitude pour améliorer le sort des déshérités, et en nous commettant pour prendre part à ces assises humanitaires, le gouvernement grand-ducal a témoigné de son vif désir de voir mettre à profit dans notre petite patrie les leçons que nous aurons reçues dans vos asiles de maîtres éminents : l'illustre et vénéré docteur Magnan, le sympathique docteur Joffroy, les distingués docteurs Bourneville et Picqué.

Je remercie également de leur réception le Président de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, M. Atthalin, ainsi que ses infatigables collaborateurs.

Lorsque, rentrés au pays, l'écho de ces réunions familiales et des splendides fêtes officielles sera déjà lointain, nous nous efforcerons de mettre à profit dans la plus large mesure les choses vues et le grand exemple humanitaire que nous donne la belle France.

M. le docteur BROSIUS :

Dans les toasts qui ont été portés hier et où l'on a fait l'éloge de M. le docteur Magnan, un fait a été oublié : le docteur Magnan est en proie, comme disent les psychologues, à une idée obsédante : la bienveillance et la bonté du cœur. *Ad multos annos!*

M. CLARK BELL a prononcé en anglais une courte allocution qu'il termine par un toast dont le sens est à peu près celui-ci :

Je suis venu d'Amérique vous dire, de la part de la plus vieille des républiques, un mot d'amitié et de reconnaissance : depuis Lafayette le nom de la France est dans les mêmes bouches qui prononcent les mots d'indépendance et de liberté.

Je propose la santé du célèbre docteur Magnan.

M. le docteur TOKARSKY a rappelé les liens d'amitié qui, dès avant que les deux nations ne se soient rapprochées, unissaient déjà à leurs confrères français les docteurs russes de sa génération qui ont étudié à Paris.

M. le docteur ARIE DE JONG, au nom des Hollandais, porte un toast à la France, à son esprit généreux et hospitalier.

SIR JOHN SIBBALD rappelle l'admiration respectueuse des savants anglais pour la science française, à laquelle, dit-il, ils sont redevables en matière de psychiatrie. Après avoir félicité les docteurs Magnan et Joffroy, il termine en ajoutant : « Nous autres Anglais, nous avons la plus haute admiration pour votre science ».

M. le docteur JULES MOREL remercie les membres du Congrès d'avoir, dans les discussions sur la méthode de l'alitement, invoqué l'autorité de son prédécesseur Guislain : « Au nom de celui qui ne peut plus parler, je vous exprime, dit l'orateur, toute ma reconnaissance ».

Il fait l'éloge des pays qui ont appliqué immédiatement cette méthode et exprimé son admiration pour les travaux du regretté Korsakoff et du docteur Neisser. Il espère qu'à un Congrès prochain il sera donné aux savants de constater de nouveaux progrès dans l'extension du traitement par le lit, scientifiquement appliqué dans toute sa largeur.

Il boit en l'honneur du Congrès et de la Commission de surveillance.

M. le docteur PICQUÉ s'exprime comme suit :

Messieurs,

M. le Président de la Commission de surveillance, M. le directeur des Affaires départementales et notre collègue d'Ettelbrück, M. Buffet, ont bien voulu, dans leurs toasts, parler du pavillon de chirurgie que vous venez de visiter.

C'est avec une réelle émotion, mêlée d'un sentiment de satisfaction véritable, que j'ai montré à mes collègues de l'étranger ce pavillon au nom de tous les aliénistes français.

L'idée de soigner chirurgicalement les aliénés n'est en effet qu'une émanation des idées et des doctrines qu'ils nous ont enseignées.

C'est en nous inspirant des promesses de l'école française et des éminents chefs qui la représentent, M. Magnan, M. le professeur Joffroy, et M. Bourneville, que nous sommes arrivés à démontrer la nécessité de ce pavillon qui marque une étape si importante dans l'évolution des idées françaises.

Vous nous avez appris à considérer les aliénés comme des malades ; vous avez demandé pour eux des asiles qui présentent le confort de nos hospices, et nos collègues étrangers ont pu voir à Maison-Blanche ce qui avait été fait en France à ce point de vue.

Pour ma part, je n'ai fait que suivre sur le terrain de la chirurgie ce que vous avez déjà fait sur celui de l'hygiène, de la médecine générale et de la psychiatrie.

Je ne veux pas oublier dans cette circonstance ce qu'a fait l'Administration et je suis heureux de l'en remercier publiquement dans la personne du directeur des Affaires départementales.

Il m'est agréable d'affirmer ici que le médecin a besoin de s'appuyer sur le pouvoir administratif s'il veut marcher utilement dans la voie du progrès scientifique. La collaboration de l'administrateur et du médecin est indispensable pour rendre fécond le terrain de la science. Ce pavillon en est une preuve saisissante.

Je tiens à rendre un hommage mérité à M. Le Roux, l'éminent directeur des Affaires départementales, au vrai philanthrope, à l'homme dont l'esprit est ouvert à tous les progrès et à lui dire devant vous quelle res-

pectueuse admiration j'ai pour son caractère et la manière élevée dont il comprend la noble mission qui lui est dévolue.

Messieurs, permettez-moi encore de porter la santé de M. Athalin, le distingué Président de notre Commission de surveillance, de tous les maîtres aliénistes qui ont pris part à ce banquet, et de remercier, en terminant, les aliénistes éminents de l'étranger qui nous ont fait l'honneur de venir à Paris pour le Congrès international.

M. le docteur CLEMENS NEISSER, après avoir rappelé que, selon lui, le système de l'alitement n'est pas exclusif de tout rapprochement des malades, notamment à l'occasion des repas, exprime sa gratitude pour les appréciations flatteuses émises sur son compte par divers collègues.

Il rappelle qu'en matière scientifique, comme à tout autre point de vue, « l'union fait la force », comme l'énonce la devise belge.

En terminant, il rend hommage, au nom des congressistes allemands, à la gracieuseté de l'accueil qui leur est fait.

M. Le Roux, directeur des Affaires départementales, a répondu en ces termes :

Messieurs,

M. le Préfet de la Seine m'a chargé de vous dire combien il était touché de l'empressement que vous avez montré à visiter les asiles d'aliénés de la Seine.

Au cours de votre visite, vous avez pu constater quels efforts sont déployés chaque jour pour maintenir l'asile Clinique au courant des derniers progrès scientifiques : ces efforts de rénovation sont l'œuvre du Conseil général de la Seine. L'Administration, Messieurs, vous demande de l'applaudir.

L'asile que vous venez de voir ne vous a pas offert le même aspect que l'asile de campagne que vous visitiez dimanche. Les services scientifiques ont fait surtout le renom de celui-ci. Au docteur Magnan, nous ne devons ménager ni nos applaudissements ni nos louanges ; non plus qu'à M. le professeur Joffroy qui, continuant la tradition du docteur Ball, répand un enseignement si distingué et si supérieur. Le docteur Picqué a mérité d'être choisi comme chirurgien des asiles d'aliénés. Appelé, à ce titre, à donner ses soins à une population de 15 000 à 14 000 malades, il a compris qu'un pavillon spécial, où il pourrait grouper les malades à opérer, lui était nécessaire, et c'est de sa collaboration avec le distingué architecte des asiles, M. Perronne, qu'est sorti le nouveau pavillon de chirurgie que vous avez pu admirer aujourd'hui.

Avant d'en arrêter les détails, MM. Picqué et Perronne avaient pris le soin de s'entourer de renseignements en visitant à l'étranger des établissements analogues : et de même, dans quelques jours, des médecins français, accompagnés de membres du Conseil général, et moi-même, nous irons visiter certains asiles du nord de la France et la colonie familiale belge de Lierneux ; en sorte que non seulement nous faisons appel

aux médecins étrangers qui viennent ici, mais nous tenons à cœur d'aller les consulter chez eux pour arriver à notre but, qui est que les asiles de la Seine puissent servir de modèles aux asiles français.

Au nom de l'Administration je vous remercie, Messieurs, des encouragements que nous recevons de vous. C'est dans le sentiment de la gratitude que nous vous devons que je lève mon verre en portant votre santé.

Durant la visite des services, les congressistes, dont la plupart recueillaient par écrit les explications qui leur étaient données ou qu'ils provoquaient eux-mêmes, ont à divers reprises exprimé leur satisfaction et manifesté leur intérêt.

Au moment du départ, plusieurs d'entre eux ont remercié individuellement le Président et les membres de la Commission d'une réception qui leur laissera, ont-ils dit, le meilleur souvenir.

MERCREDI 8 AOUT*Séance du matin.*Présidence de sir **JOHN SIBBALD.**

SOMMAIRE. — De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie (*suite*): Le repos au lit dans les psychoses aiguës d'origine pellagreuse, par M. BRAESCO. — Alitement et traitement moral, par M. Paul GARNIER. — DISCUSSION: MM. TOKARSKY, RÉGIS, CLEMENS NEISSER, DOUTREBENTE, MELLO REIS, KÉRAVAL, MAGNAN, RITTI. — Vote d'un vœu. — Quatrième question: Médecine légale. Les perversions sexuelles, obsédantes et impulsives, au point de vue médico-légal: Rapport de M. de KRAFFT-EBING (de Vienne); résumé par M. OBERSTEINER (de Vienne). — Rapport de M. Paul GARNIER (de Paris). — DISCUSSION: MM. RÉGIS, Paul GARNIER. — La prostate dans ses rapports avec les perversions sexuelles, par M. J. F. SUTHERLAND. — Communications diverses: Une méthode de traitement de certaines phobies, par M. P. HARTENBERG. — De la suggestion hypnotique et de la psychothérapie dans le traitement de la morphinomanie, par M. BÉRILLON.

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

LE REPOS AU LIT DANS LES PSYCHOSES AIGUËS D'ORIGINE PELLAGREUSEpar M. le docteur **BRAESCO,**

Médecin de l'asile d'aliénés de Jassy (Roumanie).

Au mois de mars 1897, nous avons commencé à appliquer, d'une manière systématique à l'asile d'aliénés de Jassy (Roumanie), le repos au lit dans les psychoses aiguës; les résultats thérapeutiques que nous avons obtenus ont été très favorables.

Nous nous sommes attaché aussi à appliquer ce procédé dans les psychoses aiguës d'origine pellagreuse — ce qui fait l'objet de notre communication.

L'intoxication pellagreuse, qui détermine une dénutrition profonde de l'organisme, provoque aussi des troubles psychiques qui se manifestent par des formes dépressives, d'excitation ou de confusion.

Durant 5 années et demi nous avons alité 89 malades atteints de

psychoses aiguës d'origine pellagreuse : 54 cas de mélancolie avec toutes ses formes ou états mélancoliques, 20 cas d'excitation maniaque, 9 cas de confusion mentale et 8 cas de délire de persécution mal systématisé. Après un alitement d'une durée de 5 semaines à 7 mois (suivant les cas), nous avons obtenu 82 cas de guérison. Cette forte proportion ne peut surprendre, les 82 cas de guérison étant des cas aigus; et comme l'intoxication pellagreuse produit des troubles psychiques qui se rapprochent beaucoup de ceux dus à l'alcoolisme, les psychoses d'origine pellagreuse peuvent guérir dans d'aussi fortes proportions que les troubles psychiques d'origine alcoolique.

Nous croyons donc que le repos au lit est un puissant agent thérapeutique dans les psychoses d'origine pellagreuse.

ALITEMENT ET TRAITEMENT MORAL

par M. le docteur Paul GARNIER,

Médecin en chef de l'infirmerie spéciale.

Nous avons eu l'intention, M. le Dr Cololian et moi, d'intervenir dans la discussion de la question de la *clinothérapie*. Mais, après le discours de notre cher Président, cette communication n'a plus guère sa raison d'être. Notre pensée a été magistralement exprimée par mon éminent maître dont l'expérience, en la matière, est toute spéciale. Nous ne saurions énoncer d'autres idées que celles qu'il vous a exposées avec tant de conviction, tant d'autorité.

Si donc je prends la parole, c'est uniquement pour insister sur un point particulier que j'estime, d'ailleurs, être tout à fait capital en l'espèce; je veux parler de l'importance du traitement moral dans la méthode thérapeutique de l'alitement. Je crois avoir été l'un des premiers à signaler les essais faits à Sainte-Anne, par M. Magnan, et, fort de ce que j'avais vu dans son service, j'ai pu, au Congrès de Nancy, il y a cinq ans, lors de la discussion de mon rapport, entretenir nos collègues des expériences fort intéressantes qui se poursuivaient à l'asile clinique. Le succès se dessinait déjà. Il s'est affirmé depuis. Ainsi que je le disais à Nancy, on est vraiment surpris de voir que les excités maniaques semblent peu à peu influencés par cette *consigne générale de rester au lit*. Certes, il y a des infractions nombreuses; le maniaque tente de s'évader du lit, mais, néanmoins, il y demeure plus

qu'il ne serait légitime de le penser, considération prise de son état d'agitation.

Être dans un lit, être au dortoir commun, résider dans un lieu de repos et de calme, c'est là tout de même comme une suggestion qui ne perd pas tout son effet sur le cerveau surexcité du maniaque. De plus, la répercussion réciproque de l'excitation, la recrudescence de l'agitation par la contagion, par l'imitation, ne semblent pas être ce qu'on aurait pu craindre de la réunion d'un certain nombre d'agités dans une même salle. La vue d'une rangée de lits paraît être l'impression la plus forte sur eux. Il y a là, en somme, une influence sédative dont le mécanisme est complexe.

Mais qu'on ne s'y trompe pas; pour avoir quelques chances de succès dans cette méthode de l'alitement il faut y apporter un dévouement à toute épreuve. C'est un véritable apostolat. Si le médecin se borne à donner des instructions à un personnel plus ou moins stylé; s'il ne préside pas à tout; s'il ne fait pas de fréquentes apparitions dans les salles d'alitement; s'il n'intervient pas directement, avec l'autorité qui s'attache à sa personne, pour apaiser l'excitation qui tend à se déchaîner; s'il s'en remet à des subalternes pour ce soin; si son contrôle n'est pas de chaque heure, pour ainsi dire, il n'y a pas grand'chose à attendre de l'alitement. Cette méthode thérapeutique, où le traitement moral joue un si grand rôle, vaut donc surtout par l'homme qui l'applique. Le médecin asservi à une telle tâche ne s'appartient plus; il vit avec ses malades, en quelque sorte, rassurant celui-ci, calmant celui-là, veillant à tout et exerçant, par sa présence même, une influence bienfaisante. Le succès est à ce prix.

DISCUSSION

M. TOKARSKY. — La question de l'alitement a été traitée au point de vue d'une méthode générale de traitement dans les asiles et au point de vue thérapeutique.

Quant à la méthode générale de traitement, je crois que, d'après ce que nous avons vu jusqu'à présent, nous sommes bien encouragés à poursuivre l'application de l'alitement, et le seul danger qui se présente à moi pour le moment, c'est que dans certains cas les gardes-malades peuvent abuser de ce mode de traitement comme on abusait de la camisole de force. Mais l'heure de cet abus n'est pas encore venue.

Au point de vue thérapeutique, l'alitement est un moyen thérapeutique puissant et son action calmante est incontestable. L'emploi des narcotiques est beaucoup moins nécessaire et je pourrais comparer l'influence de l'alitement à l'influence de l'hypnotisation dans des cas où l'hypnotisation produit son effet sur le malade.

En ce qui concerne les contre-indications, il me semble qu'il y a un

certain malentendu dans la crainte d'appliquer ce traitement dans certaines maladies, comme les psychoses de la puberté par exemple, la crainte de la tuberculose ou de l'affaiblissement des facultés psychiques. Cette crainte serait fondée si l'alitement était un système inaltérable à suivre, et on pourrait facilement admettre plusieurs dangers résultant de l'alitement prolongé pendant plusieurs mois de suite; mais il me semble qu'on a oublié le mode d'alitement qui peut être appelé « l'alitement par intervalles », qui donne tous les avantages de l'alitement continu sans en avoir les défauts et qui donne la possibilité d'appliquer l'alitement dans toutes les formes des maladies mentales aiguës et dans tous les états d'excitation psychique.

M. RÉGIS. — La question de l'alitement dans les psychoses est inséparable de celle de l'alitement dans les névroses. L'alitement est en effet pratiqué dans les névroses et de plus en plus; d'autre part, certaines des névroses où il est pratiqué se confondent avec des psychoses où on l'applique également. Telles les neurasthénies cachectiques et les psychoses dites asthéniques.

Ce rapprochement conduit à une constatation intéressante : c'est que dans les névroses comme dans les psychoses l'alitement paraît surtout efficace contre l'agitation, surtout physique, et la dénutrition. C'est, pour l'instant, qu'il s'agisse de psychose ou de névrose, l'indication thérapeutique qui me paraît surtout se dégager à l'heure actuelle, au point de vue de l'alitement.

M. CLEMENS NEISSER. — Au fond nous sommes tous d'accord. Un moyen efficace de thérapeutique ne peut que réunir tout le monde.

M. DOUTREBENTE. — Au point de vue pratique, il résulte de ce qui vient d'être dit sur le mode de traitement par le repos au lit, que ce procédé ne saurait être appliqué dans un asile encombré avec un personnel de gardiens restreint et dépourvu de connaissances professionnelles; il faut en faire l'essai dans un service de 100 malades au maximum, il faut surtout que le ou les médecins aient une action constante et permanente dans le service et qu'au besoin ils vivent et couchent au milieu de leurs malades. En attendant la réalisation de conditions pratiques semblables, il ne faut pas qu'on puisse déjà dire que les médecins aliénistes sont coupables de ne pas adopter immédiatement la méthode du repos au lit dans le traitement des psychoses; ils seraient peut-être coupables de ne pas faire un essai. On ne nous a pas encore donné des preuves palpables et des résultats définitifs; M. Mairet seul a publié les résultats qu'il a obtenus et ils ne sont pas favorables; attendons donc un peu pour condamner définitivement les procédés anciens.

M. Bourneville a démontré que, pour les idiots et les enfants arriérés, il était inutile de leur ouvrir le crâne pour les améliorer, et que la craniotomie avait simplement eu cet avantage que, l'attention ayant été attirée sur les opérés, on s'en occupait beaucoup plus qu'autrefois et que, naturellement, on était arrivé à faire le traitement médico-pédagogique; il en est de même de l'alitement, il oblige le médecin à examiner plus souvent et plus longuement le malade, et les gardiens à une surveillance devenue possible, en raison de leur nombre et de leurs aptitudes professionnelles.

Dans ces conditions, je consens bien volontiers à faire l'essai (que j'ai déjà fait d'ailleurs), mais je demande un service de 100 malades environ comme celui de M. Magnan; malheureusement il me manquera toujours l'influence morale nécessaire que possède M. Magnan en raison de sa haute autorité scientifique, influence qui, avec le milieu ambiant, constitue la base du traitement moral.

M. CLEMENS NEISSER. — Dans un asile où il y a un médecin pour 500 malades, ce n'est pas l'alitement qui manque, mais c'est tout traitement médical quel qu'il soit qui fait forcément défaut. C'est presque un asile sans secours médical.

M. MELLO REIS. — Mes chers collègues, ne pensez-vous pas qu'après cette intéressante discussion il serait bon que le Congrès veuille bien affirmer certains principes.

Tout d'abord l'utilité de l'alitement et la disparition progressive des quartiers exclusivement cellulaires.

En second lieu, l'installation de quartiers ouverts pour certains convalescents.

Enfin le maintien dans les quartiers de surveillance d'un nombre de plus en plus restreint de malades, tels que persécutés, persécuteurs, mélancoliques, hallucinés, obsédés et impulsifs.

M. DOUTREBENTE. — Je demande à MM. les congressistes qu'avant de voter la suppression des cellules ou des quartiers cellulaires, on commence d'abord par réorganiser les asiles d'aliénés, en un mot, qu'ils soient installés de façon à rendre possible cette suppression. Quand les cellules ne serviraient qu'à isoler les malades bruyants et tapageurs qui empêchent les autres de dormir, elles auraient encore leur utilité.

Changeons le mot, au lieu de cellule disons chambre d'isolement, il y aura peu de chose à faire pour opérer la transformation et conserver des locaux dont on ne peut pas encore se passer dans un asile encombré et où se rencontrent en grand nombre des aliénés dangereux, dits criminels, des épileptiques à la fureur aveugle et des malades à tendance au suicide.

M. KERAVAL (Armentières). — Messieurs, la suppression absolue des cellulés est en effet impossible à cause des aliénés *dangereux*. En Allemagne même, où le traitement par le lit est admirable, il existe toujours quelques chambres d'isolement séparées du quartier de surveillance d'agités, mais en communication directe avec ce dernier et bien surveillées. On y peut, par un couloir plus ou moins long, souvent en pente, comme à la clinique de Giessen, rouler les lits des malades par trop difficiles, afin de les séparer du groupe en question. Ces cellules sont soumises, de concert avec le quartier de surveillance auquel elles sont annexées, à une attention particulière de la part d'infirmiers appartenant au quartier; mais elles en sont au point de vue architectural réellement détachées, quoique toujours en communication immédiate avec lui.

M. MAGNAN. — Dans tous les asiles il y a des quartiers cellulaires où les malades passent, non pas quelques heures d'isolement, mais bien toute leur vie d'aliénés. Un pareil fait ne peut plus être accepté. Ce n'est pas une affaire de mots, mais une question de faits. Si les cellules persistent, il y aura toujours des asiles où les malades y resteront. S'il y a

de vraies chambres d'isolement, ils y passeront seulement les heures nécessaires.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Je vais donner lecture du vœu proposé par M. Mello-Reis avec les amendements désirés :

« La section de psychiatrie du XIII^e Congrès international de médecine émet le vœu que la méthode de traitement des aliénés par l'alitement soit généralisée dans les asiles et que, par suite, les quartiers exclusivement cellulaires soient progressivement abolis. »

Ce vœu, mis aux voix est adopté.

QUATRIÈME QUESTION : MÉDECINE LÉGALE.

DES PERVERSIONS SEXUELLES OBSÉDANTES ET IMPULSIVES AN POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

RAPPORT

par M. le professeur de **KRAFFT-EBING**,

de Vienne.

Auf dem weiten Gebiet der psychischen Entartungszustände finden sich Anomalien des Vorstellens und Handelns vor, welche das Zwangsvorstellungen (obsessions) und als Zwangshandlungen (impulsions) bezeichnet werden und jenen eigenthümliche klinische Erscheinungen darstellen.

Das Gleiche lässt sich wohl von den Perversionen des Sexuallebens annehmen. Sie lassen sich, gleich jenen Denk- und Handlungs-Anomalien, als Stigmata psychischer Degenerescenz bezeichnen und besonders da erwarten, wo diese eine hereditär bedingte ist. Bei dieser gemeinsamen Aetiologie, bei dem Umstand, dass bei der Mehrzahl Degenerirter Hyperästhesia sexualis besteht und damit die Vita sexualis das Bewusstsein ungebührlich in Anspruch nimmt, erscheint es begreiflich, dass auf diesem Boden von bis zu Affecten gesteigerten Sexualgefühlen auch der Inhalt der Gedanken häufig ein sexueller wird, und festgehalten durch eine krankhafte Sinnlichkeit, sowie durch Störungen im krankhaften Denkmechanismus eines Degenerirten, die Bedeutung einer Zwangsvorstellung (obsession) gewinnt, mit der Gefahr des Uebergangs derselben in eine Zwangshandlung

(impulsion). Diese klinische Thatsache birgt aber ein grosses Interesse für die gerichtliche Psychopathologie, welche berufen ist dem Richter das Beurtheilungsmaterial für die Zurechnungsfähigkeit eines Thäters zu liefern, dessen Handlungen nicht selten monströs sind und schwere Verbrechen darstellen.

Der Ermittlung des klinischen Vorkommens von sexuellen Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen, sowie der Diagnose und Beurtheilung dieser krankhaften Zustände in Foro sollen die folgenden Zeilen gewidmet sein.

Ich acceptire dabei die Definitionen der Schule von Saint-Anne hinsichtlich dieser *termini technici*, indem ich mit Magnan das Wort « obsession » auffasse als eine « Thätigkeitsäusserung des Gehirns, bei welcher ein Wort, eine Idee, ein Bild sich dem Bewusstsein aufdrängt und von einer peinlichen Angst begleitet ist, welche diese Idee unwiderstehlich macht » (Magnan).

Unter « impulsion » verstehe ich, jeden innerhalb der Sphäre des Bewusstseins vollzogenen Akt, den zu verhindern der Wille ohnmächtig war (Legrain).

Nach dieser Schule sind die einzelnen Anfälle von Obsession-Impulsion Episoden (*états* oder *syndromes épisodiques*) im Dasein des Entarteten. Das Ganze des Anfalls vollzieht sich in der Sphäre des Vollbewusstseins. Der Kranke ist sich seiner Obsession und ihrer Bedeutung bewusst, aber er vermag sich von dieser auf ihm lastenden Idee nicht zu befreien (*obsédé*), ausser durch die erlösende That.

Dieser Zwang wird von ihm höchst peinlich empfunden und befördert den Uebergang in ein Zwangshandeln. Es erhebt sich ein mächtiger Affekt der Angst. Dieser hat seine organische Quelle in den gewaltigen somatischen vasomotorischen Begleiterscheinungen des Affekts, die ihn abnorm vertiefen — psychisch wird entscheidend das Bewusstsein einer unerträglichen Behinderung des freien Denkens bis zur Phobie, darüber den Verstand zu verlieren, dazu das Gefühl der Unzulänglichkeit des Willens und der zum Kampfe aufgerufenen ethischen Contrastvorstellungen, den Kampf gegen die Obsession-Impulsion erfolgreich zu bestehen.

So geschieht es dann, dass eventuell der Kranke, zwar bewusst seiner That, ihrer Bedeutung und Folgen, aber ohnmächtig sie zu hindern, auf Grund seiner Angst und seines verzweiflungsvollen Gemüthszustandes, im Bewusstsein des Versagens seiner Associations- und Willensenergie, dem unerträglichen Gemüthszustand ein Ende macht, indem er, als den psychologisch einzig möglichen Ausweg, die Obsession realisirt.

Die Handlung ist hier zwar eine psychisch vermittelte, eine That, aber erzwungen durch einen zu unerträglicher Höhe gesteigerten Affektzustand, sie ist eine wahre Zwangshandlung, der Thäter ist nur ein Automat, der Sklave der ihn treibenden Idee.

In seinem Bewusstsein erscheint die Situation als eine organische Nöthigung, als ein Zwang, um einer unerträglichen Lage, einem Nothstand, in welchem die Existenz in Frage steht, zu entrinnen.

Thatsächlich tritt auch sofort mit der Ausführung der That die wohlthätig empfundene Befreiung von der Idee und damit die Lösung jenes entsetzlichen Spannungszustandes ein. Da zu dem Begriff der Obsession-Impulsion die Merkmale des erhaltenen Bewusstseins, des Kampfes gegen die Obsession und der ängstlichen verzweifelten Gemüthslage in der Erkenntniss des Versagens gegnerischer Kräfte gegen die zur Ausführung drängende Idee cardinale Zeichen sind, lassen sich vorweg von den « *perversions sexuelles obsédantes und impulsives* » nur im Erfolg gleichende seelische Zustände von ihnen abtrennen. Dahin sind zu rechnen :

1. Die sexuellen Akte geistig defekter Individuen, bei welchen der sinnliche Reiz auf Grund ihrer ethischen und intellectuellen Insufficienz ohne Gemüths-affect, ohne Widerstreit der sittlichen Gefühle und Vorstellungen, und damit auch ohne Kampf sofort Abgleichung und Befriedigung in einer adäquaten sexuellen Handlung findet¹.

2. Impulsive sexuelle Akte bei schwer Entarteten. Hier sind es nicht Obsessions sondern lebhaft geschlechtliche Gefühle auf Grund von Hyperästhesia sexualis, die bereits in *statu nascendi*, ohne zu einer deutlich bewussten Vorstellung sich zu erheben, selbst mit Ausschaltung des Willens- und Bewusstseins-sphäre, zu einem mächtigen Sexualaffect plötzlich anschwellen und unmittelbar, psychisch reflectorisch, quasi als psychische Convulsion, sich in einen sexuellen Gewaltakt umsetzen. Alkoholgenuss, sowie längere sexuelle Abstinenz vermögen bei gewissen Entarteten jederzeit solche mächtige Sexualaffecte zu provociren. Die entsprechenden Gewaltakte bestehen fast ausschliesslich in Nothzucht². Schon dadurch unterscheiden sich solche impulsive Akte innerhalb des klinischen Ganzen der psychischen Degeneration von der Obsession, dass sie wesentlich auf dem Boden der epileptischen³ und der hysterischen Neurose, sowie dem der

1. Beispiele : Fall Tirsch (MASHKA, *Handb. der ger. Medicin*, IV, p. 489). Meine *Psychopathia sexualis*, 10. Aufl., Beob. 182, 185, f. f. p. 286 (Fälle von Marc-Ideler, Friedreich, Giraud) u. p. 287-291; ebenda, Beob. 184, 185, 20 (Verzeni), 181; Fälle von Bestialität : ebenda, Beob. 197, 198, 200.

2. Beispiele : *Psychopath. sexualis*, Beob. 10, 22 (Sergeant Bertrand).

3. Beispiele : *Psychopath. sexual.*, Beob. 12, 148, 150, 151, 152, f. ebenda, p. 292-295; CHEVALIER, *l'Inversion sexuelle*, 1898, p. 562; FÉRÉ, *les Épileptiques*, p. 81.

Alkoholismus stehen, während die Obsession sehr nahe klinische Beziehungen zur Neurasthenie speciell Episoden solcher hat.

5. Die sexuellen Akte in episodischen psychischen Ausnahmezuständen (Dämmer-Traumzustände) mit oder ohne Delirien und Hallucinationen, wie sie bei allgemeinen Neurosen (Epilepsie, Hysterie) und beim Alkoholismus vorkommen, auf traumhafter Stufe des Bewusstseins mit entsprechenden Erinnerungsdefekten erscheinen, nach Umständen impulsiv, oft auf Grund von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen hervorgerufen werden¹.

4. Auch die Erscheinungen der sogenannten conträren Sexualempfindung dürfen m. E. nicht den Obsessions zugezählt werden, denn die Inversion ist nichts Anderes als ein Aequivalent der normalen Geschlechtsempfindung, von dieser nur dadurch verschieden, dass die bei jedem Menschen embryonal bestehende und virtuell fortbestehende Bisexualität der cerebralen Anlage nicht zu Gunsten der sich entwickelnden Geschlechtsdrüsen und entsprechend diesen und ausschliesslich monosexual artet, sondern fortbestehen bleibt. Geschieht es nun, dass, entgegen einem biologischen Gesetz, nicht die der Geschlechtsdrüse entsprechende sexuelle centrale Veranlagung (Centrum) sich entwickelt, sondern die conträre, so ist damit Inversion des Geschlechtslebens resp. des Geschlechtstrieb vorhanden, indem nicht der Function der Geschlechtsdrüsen sondern der des gegensätzlichen geschlechtlichen Veranlagung seelisch adäquat empfunden wird. Mit andern Worten : der conträr sexuelle Mann empfindet als Weib dem Manne gegenüber. Das conträr sexuelle Weib fühlt sich seelisch und geschlechtlich als Mann zum Weibe hingezogen.

Abgesehen von dieser unrichtigen Verknüpfung peripherer und centraler Veranlagungen zeigt sich strenge psychologische Gesetzmässigkeit, insofern die conträre centrale Veranlagung dieselben Empfindungen, Neigungen, Leidenschaften, Rückwirkungen auf das Ich vermittelt, wie in der Norm und bei normaler Sexualempfindung. Die Versuche, die Inversion als eine Obsession zu erklären (Meynert u. A.) sind deshalb unberechtigt. Die Inversion ist eine Anomalie, nicht aber eine Krankheit. Sie ist eine psychische Missbildung, eine Entartung, ein klinisches Degenerationszeichen auf Grund zur Zeit noch unbekannter, schädigender Einflüsse auf evolutive Vorgänge, wie sie bei Entarteten so häufig sich vorfinden.

Wollte man die Inversion als Obsession auffassen, so könnte man mit demselben Recht das normale geschlechtliche Bedürfniss, das ja

1. Beispiele : *Psychop. sexual.*, Beob. 166, 167, 168, 169, 170.

auch temporär zu einer Nöthigung werden kann, ja selbst den Hunger als eine episodische Obsession bezeichnen. Berücksichtigt man, dass der Beweis der äquivalenten Bedeutung der Inversion für den normalen Geschlechtstrieb jederzeit möglich ist, dass die Inversion eine dauernde, nicht episodische Anomalie der *Vita sexualis* ist, ja selbst eine solche als origine, wie dies Magnan anerkennt, dass den meisten Inversen die abnorme Geschlechtsempfindung weder peinlich noch unnatürlich erscheint, vielmehr als natürlicher Weg der Befriedigung, dass sie eben so wenig an und für sich unwiderstehlich ist, wie beim geschlechtlich Normalen, so muss ihre Identificirung mit einer Obsession entschieden zurückgewiesen werden.

Dies schliesst aber nicht aus, dass die Art der Geltendmachung der Inversion durch begleitende Umstände, so durch zufällige abnorme Intensität (*ex hyperaesthesia sexuali, abstinentia, etc.*), *loco et modo indebito*, ihr die Bedeutung einer Obsession episodisch verleihen kann, gleichwie dies auch beim Heterosexuellen unter analogen Umständen möglich ist.

Versucht man es, die wirklichen sexuellen Perversionen in Gestalt von Zwangsvorstellungen und von Zwangshandlungen übersichtlich zu ordnen, so ergeben sich Perversionen bei Heterosexuellen und bei Homosexuellen. Bei beiden Gruppen lassen sich wieder solche bei sexuell Potenten und bei Impotenten unterscheiden.

1. Bei Heterosexuellen.

a) *Potenten. Zwangsvorstellung zum Coïtus.* — Obwohl die *Libido sexualis*, so wenig als der Appetit zum Essen als pathologisch (obsession) bezeichnet werden kann, weil sie als natürliches Bedürfniss erscheint, mit Lust- und nicht mit Angstgefühlen einhergeht und *loco indebito aut persona indebita* gegenüber jederzeit beherrscht werden kann, sind doch auf degenerativer Grundlage, theils durch Hyperaesthesie bei mangelhafter Befriedigungsmöglichkeit (Anaphrodisie) vermittelt, theils einfach durch Abstinenz, eventuell unter der erogenen Mitwirkung des Alkohol, jederzeit Zustände möglich, in welchen die zu einem Sexualaffekt (Reizhunger) gesteigerte Geschlechtsempfindung das Bewusstsein so sehr fesselt, dass der Gedanke an Befriedigung gar nichts mehr neben sich aufkommen lässt.

Eine solche Obsession kann dann mit Angst und somatischen, den Affektvorgang begleitenden Erscheinungen (s. o.) einhergehen und zur Ausführung eines sexuell befreienden Aktes nöthigen.

Solche Fälle sind auf Grund von Nymphomanie und Satyriasis *ex Anaphrodisia* jederzeit möglich.

In einzelnen Fällen ist es aber nicht die Intensität und Dauer des Sexualaffekts, resp. der Sexualvorstellung an und für sich, sondern (aus angeborenen oder auch erworbenen perversen Triebrichtungen) ihre Geltendmachung hinsichtlich der Art, des Ortes oder der Person. In ersterer Hinsicht spielt Fetischismus eine entscheidende Rolle und im Allgemeinen ist die perverse Art der Triebrichtung ein Äquivalent des aus irgend einem Grunde nicht möglichen Coïtus. Zuvor handelt es sich dabei um eine sexuell äquivalente durch Ejaculation oder wenigstens einen sexuellen Akt von der Obsession-Impulsion befreiende Handlung. Als solche Persionen hinsichtlich der Art des sexuellen Aktes und als Äquivalent des Coïtus sind zu erwähnen:

Zwang, sich die weiblichen Sexualorgane vorzustellen (RAYMOND ET JANET, *Névroses et idées fixes*, II, p. 162); *Zwang, Damen ad genitalia zu schauen* (PITRES ET RÉGIS, *Obsessions*, p. 40); *Drang, terere genitalia propria ad pedes feminarum* (*Psychop. sexual.*, Beob. 76); *Mictio mulieris in os aegroti* (ebenda, Beob. 68); *Drang zu bestialen Akten* (ebenda, Beob. 199, 201, 205); *Drang zu periodischer Paederastie* (TARNOWSKY, *die krankhaften Erscheinungen des Geschlechtssinnes*, p. 58). Hinsichtlich des Ortes verfüge ich über eine Beobachtung nach welcher der psychisch degenerative (sadistisch?) perverse Ehemann ganz unerregbar im Ehebett war, während er dem Drang nicht widerstehen konnte, *loco indebito*, z. B. auf Spaziergängen im Walde, im Abort eines Restaurants, im Coupé eines Waggons seiner Gemahlin Gewalt anzuthun. Hieher gehört auch der Fall von Zwang zu Masturbation an öffentlichem Orte in meiner *Psychop. sexualis* (Beob. 171).

Quoad personam sind beispielsweise zu erwähnen Magnan's Fälle (*Geistesstörungen*, übs. von Möbius, Heft 2 u. 5) betreffend 2 hypersexuale Weiber mit temporärem Zwang zum Coïtus (p. 55). Die Dame mit sexuellem Zwang zum Neffen (p. 41); die mit Zwang zum Sohne einer befreundeten Familie (p. 41); eine andere mit Zwang zu einem 24jährigen Manne, eine desgleichen zu einem Fuhrmann (p. 42). Hieher gehören auch die von Anjel berichteten Fälle von Paedophilie (m. *Psychop. sexual.*, Beob. 158, eine Dame, Beob. 159, einen Herrn betreffend).

b) *Impotente*. — Der ursächliche Zusammenhang bei Solchen, meist in Fetischismus oder Sadismus sich bewegenden Fällen von Obsessions ist folgender: Es besteht Hyperästhesia sexualis, temporär gesteigert bis zum Sexualaffekt. Die Fetischvorstellung ist spontan entstanden oder geweckt durch ein entsprechendes Objekt. Die betr.

Vorstellung wird zur Obsession. Die Impulsion besteht in der Ausführung eines sadistischen Aktes oder in der Erfüllung der Fetischvorstellung. In beiden Fällen handelt es sich um die Erreichung von Orgasmus und Ejaculation, womit die Obsession sofort schwindet. Die betr. sadistischen oder fetischistischen Zwangshandlungen sind nichts Anderes als Aequivalente des aus physischen oder psychischen Gründen nicht möglichen Coïtus. Der die Obsession begleitende Angstaffekt kann aber durch einen wollüstigen Sexualaffekt übercompensirt werden, ganz besonders dann wenn die Handlung eine nicht weiter compromittirende ist.

Hierher gehörige Beispiele von *sadistischen* Zwangshandlungen sind : *Mädchenstecher* (Fall von Magnan bei Thoinot, *Attentats aux mœurs*, p. 451; *Psychop. sex.*, Beob. 25, 26, 27); *Besudler* (ebenda, Beob. 29); *Beschädiger* von Damentoiletten (Magnan bei Thoinot, *op. cit.*, p. 454); *Exhibition* (m. *Psychop. sexual.*, Magnan's Fälle, Beob. 172, 175; Freyer's Fall, Beob. 174; Hoche's Fall, Beob. 176; Magnan, *die Geistesstörungen der Entarteten*, deutsch v. Möbius, Heft II u. III, p. 62; Boissier et Lachaux, *Archives de Neurologie*, 1895, oct.). *Frottage* (Fall von Magnan in *Psychop. sex.*, Beob. 177, 180).

Beispiele von *fetischistischer* Obsession sind : *Zwang zum Ausschneiden jungfräulicher Haut* (Magnan-Möbius, Heft IV, V, p. 49); *Zopfabschneider* (*Psychop. sex.*, Beob. 81, 82, 85); *Raub oder Diebstahl von Frauenwäsche* (ebenda, Beob. 86, 87), von *Schürzen* (ebenda, Beob. 89), von *Taschentüchern* (ebenda, Beob. 91, 191 u. p. 169 Anmerkung); von *Lederhandschuhen* (ebenda, Beob. 101); von *Frauen-schuhen* (ebenda, Beob. 64, 66, 95, 94); *Stofffetischismus* ev. Beschädigung von Damentoiletten (ebenda, Beob. 99, 100; ferner Raymond u. Janet, *Névroses*, II, p. 165).

2. *Sexuelle Perversionen bei Homosexuellen unter der Form von Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen.*

Es wiederholen sich hier, *mutatis mutandis*, die Vorkommnisse wie auf heterosexualem Gebiet — ein weiterer Beleg dafür dass die Homosexualität nichts Anderes als ein Aequivalent der heterosexuellen Empfindung ist. Ich verweise in Kürze auf Fälle von Paedophilia erotica bei Moll (*Conträre Sexualempfindung*, 5. Aufl., p. 525), von Zwang barfuss zu gehen (ebenda, p. 285, 525, auf m. *Psychop. sexual.*, Beob. 75); von *Zwang Weiberkleider anzuziehen* (ebenda, p. 159, 161; Westphal, *Archiv für Psychiatrie*, Band II, p. 102); von *Taschentuchfetischismus* (*Psychop. sexual.*, Beob. 92, von Moll).

Die Situation des von einer « Obsession-Impulsion » Heimgesuchten ist vielfach eine solch transitorische und grossentheils in subjectiven

Symptomen aufgehende, dass es rathsam ist, sie auf eine möglichst breite klinische Basis zu stellen. Da es ohne psychische Degeneration keine Obsession-Impulsion geben kann, mag die anscheinende Zwangshandlung vorerst nur Indicien dafür abgeben, nach einer solchen anthropologisch-klinischen Grundlage beim Thäter zu forschen.

Dank den Forschungen besonders der französischen Collegen und speciell der Schule von Sainte-Anne kennen wir dieses psycho-pathologische Gebiet zur Genüge und sind dessen Syndrome und Stigmata so überaus zahlreich, dass es an einer sichereren Grundlage für den Nachweis der Degeneration niemals fehlen wird.

Auf Details einzugehen ist hier nicht der Ort. Nur wäre darauf hinzuweisen, dass gereifter Erfahrung gegenüber der Morel'sche Standpunkt der Heredität als Ursache der Entartung nicht haltbar ist, indem Schädigungen des Gehirns im fötalen Leben, sowie Krankheiten in der frühen Kindheit jene ebenfalls herbeiführen können.

Ist die Entartung, ihre Art und ihr Grad festgestellt, so kann man daran gehen, sich mit der concreten Handlung, ihren Umständen und ihrem Mechanismus zu beschäftigen.

In vielen Fällen wird schon die perverse Gefühls- und Denkungsweise, welche sich in der Obsession zu erkennen gibt, die Aufmerksamkeit auf das Pathologische der That hinlenken. Sie kann dem sonstigen, intervallären Geistesleben ganz fremd gegenüberstehen.

Die Obsession erscheint paroxystisch, eventuell unter identischen Gelegenheitsursachen (Alkoholgenuss, Anfall von Neurasthenie, Menstruation, u. s. w.) und selbst periodisch.

Sie entwickelt sich auf der emotiven Grundlage eines Sexualaffekts.

Von grösster Wichtigkeit ist die durch Controle der Umstände, wiederholte Aufnahme des subjectiven Thatbestandes und medicinisches Kreuzverhör herzustellende Klarheit bezüglich des Hergangs der Affaire. Eine Obsession entsteht plötzlich, meist ganz unvermittelt als eine Emanation aus dem unbewussten Geistesleben. Sie unterdrückt den Associationsgang, zwingt das ganze Denken unter ihren Bann, ruft peinlichen Angst- und Verzweiflungsaffect hervor, der durch körperliche begleitende Vorgänge ungewöhnlich intensiv wird.

Das Ich des Besessenen bäumt sich auf gegen die Idee, es kommt zu einem Verzweiflungskampf contrastirender Gefühle, Interessen, der ganzen Ethik. Der seiner Widerstandskraft misstrauende Kranke versucht durch ausweichende harmlose Akte sich zu befreien, der Gefahr zu entinnen — Alles vergebens. Endlich erfolgt die Katastrophe. Nun entsteht sofort Erleichterung. Auf diese folgt Bedauern, aber der Kranke findet sich mit Resignation in die Sachlage, denn er

fühlt, dass er ohne seine Schuld erlegen ist, er hat das Bewusstsein, dass er heiss gestritten, dass aber die feindliche Macht stärker war, als sein Widerstandsvermögen, er empfindet das Geschehene als ein Verhängniss. Es gibt jedoch seltene Fälle (periodisch wiederkehrende Obsession, mangelhafte ethische und intellectuelle Widerstandsfähigkeit) wo der Kampf ein sehr kurzer war.

Jedenfalls finden sich hier fliessende Uebergänge zu den impulsiven Akten.

Auch die Klarheit des Bewusstseins kann auf der Höhe der Krise momentan getrübt sein. Dies ist nicht so selten bei Exhibition der Fall. Unmittelbar vor und nachher ist es allerdings ganz intact.

Die Erfahrung lehrt, dass da wo es sich um bedenkliche Zwangsgedanken handelt, der ihnen Unterworfenen und nur selten überwältigt wird. Er ergreift, wenn seine innere Widerstandsfähigkeit ihm nicht zu genügen scheint, Vorsichtsmassregeln indem er flieht, sich einschliesst oder einschliessen lässt u. dgl.

Mit Rücksicht auf die Beurtheilung der Verantwortlichkeit im Falle des Unterliegens ist es von grosser Bedeutung, die Psyche des Thäters auf die Umstände hin, welche ihn insufficient machten, zu prüfen. In nicht seltenen Fällen handelt es sich um character-schwache Individualitäten, deren ethische und intellectuelle Begabung und Ausbildung dauernd minderwerthig ist. Hier finden sich dann geradezu Uebergänge zum geistig defekten sexuellen Verbrecher.

In anderen Fällen war es längere Abstinenz von geschlechtlicher Befriedigung, welche den Sexualaffekt besonders heftig werden liess und eine Uebercompensation des mit der Obsession verbundenen peinlichen Angstaffektes durch Wollustgefühl im Zusammenhang mit der zur That treibenden Vorstellung. Ganz besonders häufig findet man aber complicirenden Einfluss des erogen wirkenden und gleichzeitig die sittliche Widerstandskraft herabsetzenden Alkoholgenuesses. Dies zeigt sich besonders oft bei Exhibition. Die Frage nach der *forensischen Verantwortlichkeit* dieser Unglücklichen dreht sich um den Nachweis, dass der Thäter trotz Kampf und möglichstem Einsatz seiner individuellen Widerstandsfähigkeit der Obsession unterliegen musste.

Die vorausgehenden Thatsachen werden diese Frage im concreten Fall entscheiden lassen. In wie weit es dem Thäter zur Schuld gerechnet werden muss, dass er, eben durch Alkohol, wissentlich und leichtsinnig seine Vertheidigungskraft geschwächt hat, mögen die Juristen bestimmen. Ist die Zwangshandlung erwiesen, so kann von einer Strafbarkeit nicht mehr die Rede sein.

Man wird sich nicht leicht entschliessen, die Episode eines psychischen Entartungszustandes in Gestalt einer Obsession-Impulsion als eine Geisteskrankheit zu bezeichnen, eher eventuell als eine Sinnesverwirrung (Oesterreich) oder als krankhafte Bewusstlosigkeit (Deutschland) überhaupt als eine transitorische Störung des geistigen Lebens. Diese Subsumirung wäre da zulässig, wo wirklich eine Trübung des Bewusstseins auf der Höhe der Situation sich erwiesen liess.

In anderen Fällen muss man forensisch geltend machen, dass der Thäter unter unwiderstehlichem Zwang zur Zeit seiner That sich befand, indem ein durch die Obsession provocirter, von intensiven körperlichen Vorgängen (geänderter Blutdruck, Tachycardie, u. s. w.) getragener peinlicher Affektzustand hemmend, lähmend auf den Willen des Thäters einwirkte, ihn überwältigte.

Der Fall passt dann in Deutschland unter den Zustand des im § 52 st. g. b. vorgesehenen unwiderstehlichen Zwanges, gleichwie in Frankreich (Code penal, art. 64 « *contraint par une force à laquelle il n'a pu résister* »). Der Gesetzgeber hat dabei wohl nur an physischen, nicht an psychischen Zwang gedacht, aber die Obsession-Impulsion ist gerade ein Beweis dafür, dass der unwiderstehliche Zwang auch ein psychisch bedingter sein kann. Lässt sich der psychische Zwang nicht erweisen, hat der Thäter unter früheren identischen Umständen sich widerstandsfähig gezeigt, so bleibt immer noch geltend zu machen, dass er ein « *dégénéré* » ist, dem die weitestgehenden Strafmilderungsgründe vermöge seiner unverschuldeten psychischen Entartung zuzubilligen sind.

Unter allen Umständen erscheint der Thäter gemeinfährlich und wird die Gesellschaft, aber er auch vor sich selbst am besten geschätzt sein, wenn man ihn einer Irrenanstalt zuweist, zumal daselbst Enthaltung von Alkohol, richtige Behandlung, eventuell auch hypnotische wiederholt dauernde Befreiung von der Obsession gebracht hat.

RÉSUMÉ DU RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR DE KRAFFT-EBING

par M. le professeur OBERSTEINER,

de Vienne.

Le domaine presque exclusif des obsessions et des impulsions, de même que des perversions sexuelles, c'est la dégénération psychique ordinairement héréditaire.

On a droit de les considérer comme stigmates de la précédente. La fréquence de l'hyperesthésie sexuelle, l'état émotif qui en dépend, expliquent que souvent chez les dégénérés les obsessions touchent la sexualité.

Conformément aux vues de l'école de Sainte-Anne, M. de Krafft-Ebing définit l'obsession « un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté avec une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible » (Magnan).

Par impulsion il comprend : « un acte consciemment accompli qui n'a pu être inhibé par un effort de la volonté » (Legrain).

Les conditions de l'obsession sont donc : la pleine conscience de l'obsédé, sa lutte contre l'impulsion, l'état émotif avec le désespoir de voir que ses forces psychiques (énergie d'association, volonté) sont impuissantes dans cette lutte et que seulement la réalisation de l'idée dont il est obsédé peut le délivrer de son terrible état.

Par conséquent, on ne doit pas confondre avec l'état d'obsession les cas suivants :

1° Les actes sexuels commis par des individus dépourvus d'intelligence et de morale, qui, par ce manque, agissent aussitôt sans aucune lutte dans le sens de leur incitation sexuelle, incapables d'être impressionnés ni retenus par un sens moral.

2° Des actes sexuels impulsifs commis par des dégénérés se trouvant constamment dans un état d'hyperesthésie sexuelle, qui, sous l'influence d'une incitation sexuelle soudaine et accablante, sont poussés à l'acte quasi automatiquement, sans avoir la faculté d'y réfléchir, ni même en avoir la connaissance.

3° Les actes sexuels dans des états inconscients épisodiques de délire commis par des alcooliques, des hystériques, des épileptiques avec amnésie.

4° Les actes provenant d'inversion sexuelle, laquelle, selon le rapporteur, n'est que l'équivalent du sens génital normal.

Mais il y a des cas exceptionnels où l'intensité et la durée patholo-

gique de l'incitation sexuelle conduisent à des complications que l'on doit admettre comme appartenant à la perversion et à l'obsession.

Ce même effet peut se produire par des anomalies qui touchent au mode, au lieu ou au sujet de la satisfaction sexuelle.

C'est sans doute l'impuissance, laquelle, sous l'influence de l'hyperesthésie sexuelle dans les vraies perversions, joue un rôle important. Dans ces cas, la perversion sexuelle obsédante apparaît comme équivalent du coût impossible et la réalisation de l'idée obsédante n'est rien autre que la délivrance d'une émotion sexuelle intolérable. En premier lieu, on doit compter sous ces ordres les groupes sadistiques et surtout aussi fétichistiques des piqueurs de filles, des coupeurs de robes, des frotteurs, des exhibitionnistes, des coupeurs de nattes, des voleurs de linge de femme, de tabliers, de mouchoirs, de souliers, de même que certains cas de bestialité et de pédophilie érotique.

Quant à la diagnose, l'existence apparente d'obsession de même que de perversion sexuelle ne peut être considérée préliminairement que comme l'indice d'une dégénération psychique. C'est seulement après la constatation de cette dernière qu'on a le droit de reconnaître ces cas pour des syndromes de cette dégénération. Constatés comme tels, on a la base clinique et solide pour examiner l'action en elle-même, son cours et son mécanisme.

Il est important de pouvoir baser la perversion comme telle sur des troubles profonds de la vie sexuelle tout entière.

L'existence d'une obsession au temps de l'action et l'acte même comme impulsion ressortira de l'étude approfondie de l'état d'âme au temps de la réalisation de l'idée obsédante et du mode suivant lequel l'action a été commise. On constatera souvent des actions antérieures identiques, même sous l'influence de conditions identiques (excès d'alcool, menstruation, accès aigu de neurasthénie, etc.) et avec retour périodique.

Il y a du reste des cas rares dans lesquels la lutte a été de très courte durée (cas de transition aux cas purement impulsifs). On doit aussi mentionner des cas où, au comble de la crise, la conscience se trouve troublée transitoirement.

Vu que l'obsession ne finit qu'exceptionnellement par l'impulsion, la preuve qu'une obsession était en jeu ne suffit pas pour excuser l'auteur d'un acte criminel. Le point décisif, c'est de fournir les raisons par lesquelles, soit en général, soit dans le cas actuel, l'inculpé se trouvait sous le poids d'une impulsion.

L'irrésistibilité peut être l'effet de l'insuffisance des forces intellectuelles et morales (cas de transition vers le groupe des criminels im-

béciles); souvent elle est excusée par une excitation sexuelle tellement forte (effet de la continence, menstruation) que l'émotion pénible provoquée par l'obsession était surabondamment compensée par l'émotion voluptueuse de l'excitation sexuelle.

Très souvent, comme cause de l'irrésistibilité, on trouve l'alcool qui excite la sexualité et abaisse en même temps la force morale.

Quant à la responsabilité criminelle, on doit reconnaître que dans les cas d'obsession où l'irrésistibilité de l'action est prouvée, il n'y a plus crime ni délit.

En cas que le juge n'accepte pas ces états d'obsession-impulsion comme appartenant à la folie, la défense aurait à plaider en prouvant que le prévenu a été contraint par une force (psychique) à laquelle il n'a pu résister (art. 64, Code français; § 52, allemand; § 2 lit. g. autrichien).

Quand même l'irrésistibilité ne serait pas prouvée, néanmoins, vu sa dégénérescence psychique, dont le prévenu ne peut être considéré coupable, sa culpabilité devrait être atténuée jusqu'au degré le plus étendu que la loi peut accorder.

DES PERVERSIONS SEXUELLES OBSÉDANTES ET IMPULSIVES AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL

par M. le docteur Paul GARNIER

Médecin en chef de l'Infirmerie spéciale.

I. — On ne saurait contester l'importance accordée, aujourd'hui, en médecine légale, à l'étude des perversions sexuelles. La question, éclairée par des documents cliniques de très grande valeur, interprétée, dès lors, d'une manière judicieuse, grâce surtout à la découverte d'analogies saisissantes dans l'ensemble des manifestations si variées de la dégénérescence mentale, a subi une véritable transformation et nécessité une sorte de revision des appréciations portées sur certains faits, d'ailleurs fort délicats. Aussi bien, la section de psychiatrie a-t-elle été heureusement inspirée en mettant à l'ordre du jour de ses discussions ce sujet fort intéressant auquel de nombreux travaux, de date relativement récente, donnent l'attrait de l'actualité.

II. — Quelques mots sur l'*obsession* et l'*impulsion* sont nécessaires pour la clarté de ce programme.

A. — L'obsession morbide envisagée dans ses rapports avec les perversions de l'instinct sexuel se présente naturellement à l'étude avec les grands caractères qui lui sont propres et reconnaît la même dépendance pathogénique générale : ici, comme partout ailleurs, elle n'est qu'une expression symptomatique de la dégénérescence mentale, et, même, ce rapport est si étroit que l'obsession symbolise en quelque sorte l'état dégénératif. L'*émotivité*, véritable stigmate moral du dégénéré, est le principe et la raison mêmes du phénomène, contrairement à ce qu'avait pensé Westphal. La division des obsessions en : (a) intellectuelles ou idéatives, (b) émotives et (c) impulsives est donc toute fictive, puisque celui des caractères qui est donné comme particulier à l'une des trois variétés est, en réalité, commun à chacune d'elles. L'obsession est comme un *tic moral*, expression que semblent justifier ses caractères d'incoercibilité et d'automatisme. C'est cette activité involontaire et automatique que les malades désignent souvent par ces formules significatives : *mon esprit marche malgré moi ; il y a deux personnes en moi*, essayant ainsi de traduire cette sorte de parasitisme qu'ils subissent. Un hôte importun s'est installé ; exigeant, intolérant, il commandera tout à l'heure en maître, en dépit des tentatives faites pour son éviction. L'invasion de l'obsession, dont les premières étreintes se font le plus souvent sentir dans l'enfance ou l'adolescence, est signalée, généralement, par une *commotion émotive*, que peut seule expliquer, d'ailleurs, une impressionnabilité malade, créant un état de réceptivité. Cette circonstance, profondément perturbatrice, est l'origine d'une série de représentations mentales, d'associations d'idées destinées à l'amplifier, à lui donner l'importance d'un événement susceptible de s'imposer à toute l'existence.

Cette complicité émotive est bien la raison de l'incoercibilité et de l'automatisme. On oublie assez aisément ce qui n'a eu de place que dans le fugitif mouvement de nos idées ; on oublie moins ce qui a pris rang parmi nos sentiments, nos émotions, nos inquiétudes, nos angoisses....

Syndrome de la dégénérescence mentale, l'obsession est donc une variété d'*automatisme cérébral conscient imposant à l'esprit, d'une façon paroxystique, et sous l'incitation première et essentielle de l'émotivité, une idée, un mot, un nom, une image, etc., le pliant, enfin, à un tic moral quelconque, en dépit d'une résistance angoissante s'accompagnant de troubles physiques déterminés (sueurs, palpitations, contractions épigastriques, etc.), le malaise de cette lutte ne prenant fin que par la satisfaction du besoin qui amène la détente et clôt l'accès.*

B. — Les termes *obsession* et *impulsion* sont souvent confondus dans

le langage courant et employés assez indifféremment l'un pour l'autre. Dans beaucoup de cas, ils apparaissent bien, en effet, comme deux stades d'un même processus ; mais, parfois, s'isolant l'une de l'autre, l'obsession et l'impulsion montrent qu'elles peuvent avoir une existence à part. De plus, socialement et judiciairement, il s'en faut que le terme obsession ait la même portée que le terme impulsion qui constitue une menace plus directe, plus immédiate. En somme, pour se pénétrer souvent, les deux syndromes n'en sont pas moins distincts. Toute idée, pour peu qu'elle acquière quelque intensité, devient *représentative du mouvement correspondant*, et plus ces représentations mentales s'accroissent et s'irradient, plus leur contenu moteur tend à se dégager. De même que l'*onomatopée*, à force de penser le mot, le trouve tout formé sur la langue et le sent prêt à s'échapper, de même, quand l'obsession se fait impulsive, une sorte de *mise en train* se produit déjà, vers la réalisation de l'acte appétitif. Tantôt l'impulsion est temporisatrice, tantôt elle est soudaine et sidère la volonté ; l'idée devient fait en s'affranchissant de toute préméditation obsédante. C'est d'un seul bond qu'elle va jusqu'à l'acte, au milieu d'une sorte d'éblouissement vertigineux, de convulsion mentale, quoique la conscience reste présente, sinon indemne de toute altération.

On pourrait dire que l'*impulsion est une crise de besoin*, alors que l'*obsession n'est encore que l'état de besoin* ; pour décommander l'accomplissement de l'acte, il n'est pas trop de toute l'énergie inhibitoire du sujet. Elle est conditionnée d'ailleurs par les mêmes éléments émotionnels qui, sur le fond de dégénérescence mentale, président à la formation de l'obsession.

L'impulsion consciente est *une sollicitation motrice, à base émotive, vers un acte appétitif que n'inspire aucun délire et que la conscience rejette, mais qui s'impose, parfois, automatiquement à la volonté, avec une irrésistibilité telle qu'elle entraîne la satisfaction du besoin suivie d'un apaisement immédiat en lequel se dénoue l'accès.*

III. — Si les syndromes *obsession et impulsion* sont essentiellement des stigmates moraux de la dégénérescence mentale, les perversions de l'instinct sexuel, à leur tour, s'annoncent bien nettement comme des tares dégénératives. Il n'est donc point surprenant que leurs manifestations respectives se rencontrent, s'associent, se combinent, au hasard de tel choc émotionnel subi dans l'enfance ou l'adolescence, point de départ des représentations mentales obsédantes et impulsives qui domineront, désormais, le *curriculum vitæ sexualis*, en réalisant

telle ou telle déviation de l'instinct génésique. Cet instinct se présente bien, d'ailleurs, comme l'élément biologique le plus propre à mettre en relief l'émotivité pathologique du dégénéré, par cela même qu'il doit se résoudre en une fonction complexe, ayant pour première condition de rapprocher, d'unir étroitement deux êtres hétérosexués, aux fins de la perpétuité de l'espèce.

Les perversions sexuelles obsédantes et impulsives qui en résultent peuvent être ramenées à quelques types principaux sur lesquels le médecin légiste est appelé, plus ou moins fréquemment, à se prononcer : 1° l'*exhibitionnisme*; 2° le *fétichisme*; 3° le *sadisme* (lequel s'associe souvent au précédent, *sadi-fétichisme*); 4° l'*inversion génitale* ou *homo-sexualité* (*uranisme*); 5° l'*érotomanie*. Il faudrait y ajouter le *masochisme* ou *passivisme*; mais son importance médico-légale étant assez restreinte, il n'y a pas lieu de lui accorder de place dans ce court résumé.

IV. EXHIBITIONNISME IMPULSIF. — Les individus que Lasègue a désignés sous le vocable pittoresque d'*exhibitionnistes* ne répondaient pas tous, dans sa description magistrale, à un type uniforme. Parmi eux se trouvaient des déments, des inconscients, épileptiques, paralytiques généraux, des alcooliques et, enfin, des obsédés impulsifs. Mais, aujourd'hui que les termes de la question sont mieux précisés, c'est vraiment à cette dernière catégorie que convient cette qualification. Ailleurs, il est un acte quelconque, né au hasard des manifestations de l'inconscience; ici, il est *systématique*, intervient comme un *étrange équivalent d'un rapprochement sexuel, ou son substitutif*, et cela en toute connaissance de cause et au travers des incidents divers des luttes angoissantes de l'obsession impulsive. C'est l'exhibitionniste impulsif que les tribunaux condamnent itérativement. Pourtant, l'accumulation des récidives, la monotonie d'un délit toujours identique à lui-même, l'inefficacité des pénalités finissent par frapper l'esprit du magistrat et c'est, bien souvent, après toute une série de condamnations que le perversi sexuel comparait devant le médecin.

Lasègue avait exposé les caractères principaux de l'exhibitionniste; mais, il appartenait à Magnan de les préciser et d'interpréter le syndrome avec toute la rigueur clinique désirable: choix d'un endroit déterminé, d'un *poste d'exhibition* facilitant un étalage à la fois *public et discret*, accomplissement de l'acte appétitif à des heures généralement fixées et répétition de cet acte dans des conditions invariablement les mêmes, irrésistibilité du besoin, lutte angoissante entre le besoin morbide qui commande et la conscience qui apprécie

et résiste, limitation étroite de l'appétit à une exhibition en laquelle il se résume, absence de tout acte répréhensible en dehors de cette démonstration singulière, alternance de rémissions et de paroxysmes, tels sont les principaux traits symptomatiques de cette perversion sexuelle. Il faut y adjoindre une fréquente frigidité.

Lorsqu'on fouille attentivement les antécédents de l'exhibitionniste impulsif, on y trouve, d'ordinaire, tout un ensemble de signes révélateurs de l'état de déséquilibration mentale et, parfois aussi, d'autres syndromes coexistant avec cette perversion sexuelle. Enfin, une enquête minutieuse permet, fréquemment, de saisir la circonstance de la vie, le *choc émotionnel*, à la suite desquels les représentations mentales obsédantes se sont développées pour aboutir au dénouement de cet automatisme cérébral conscient, c'est-à-dire à la satisfaction du besoin.

L'exhibitionnisme impulsif, syndrome de la dégénérescence mentale, est donc : *Une perversion sexuelle, obsédante et impulsive, caractérisée par le besoin irrésistible d'étaler en public, et généralement avec une sorte de fixité d'heure et de lieu, ses organes génitaux, à l'état de flaccidité et en dehors de toute manœuvre lubrique ou provocatrice, acte en lequel se résume l'appétit sexuel et dont l'accomplissement, en mettant fin à la lutte angoissante, clôt l'accès.*

Depuis le mémoire magistral de Lasègue, les travaux de Magnan et de ses élèves, l'exhibitionnisme est, non seulement, une expression acceptée par les pathologistes, mais aussi une *espèce* judiciaire, et aujourd'hui, les magistrats s'inclinant devant la précision des déductions cliniques et la rigueur de la démonstration scientifique, admettent fort bien le caractère morbide de cette exhibition qu'on pourrait appeler *platonique*, tellement elle se suffit à elle-même. Les cas de cette perversion sexuelle obsédante et impulsive sont d'ailleurs fréquents et sont la monnaie courante des expertises médico-légales ; on en a publié un grand nombre. Il n'y aurait peut-être qu'un intérêt modéré à trouver, ici, la mention d'observations nouvelles. Le fait en lui-même subit si peu de variantes qu'il reste monotone. Pourtant il comporte, parfois, certaines particularités curieuses à noter et c'est sur celles-ci, sans doute, après cet exposé général, qu'il y a lieu d'appeler l'attention.

Quelques exemples tendent à montrer que le dégénéré psychosexuel, tourmenté par le besoin d'étaler ses organes génitaux, semble parfois obéir, dans le choix du lieu où il *doit* s'exhiber, à un sentiment singulier assez difficile à définir. Lasègue avait déjà cité l'exhibitionniste de l'église Saint-Roch. Un autre malade, examiné

par Magnan, se plaçait dans l'un des tambours de l'église Saint-Germain-l'Auxerrois.

Voici maintenant l'histoire fort écourtée d'un sieur X..., négociant, dont la prédilection pour une exhibition dans le *lieu saint* s'est affirmée à bien des reprises et d'une manière aussi nette que possible. Lui aussi avait choisi, comme le malade de Lasègue, l'église Saint-Roch. Il fut arrêté plusieurs fois pour avoir étalé ses organes génitaux devant des dames en prières. Ses nombreuses aventures judiciaires finirent par ruiner sa situation commerciale à Paris et il se vit obligé de quitter la capitale. Il alla s'installer dans une petite ville de province. Peu de temps après son arrivée, il était arrêté dans l'une des églises où il était venu s'exhiber. Condamné encore à quelques mois de prison, il est à peine en liberté qu'il est arrêté, de nouveau, dans la même église, accomplissant le même acte d'une façon *imperturbable*, au dire du bedeau. Enfin les pénalités accumulées le contraignirent à abandonner son commerce et X..., de plus en plus dévoyé, désorienté, regagna Paris. Il n'y était que depuis quelques semaines, lorsque le sacristain de Saint-Roch vint raconter au commissaire de police du quartier que, de nouveau, l'église était le théâtre d'actes scandaleux et qu'il croyait bien avoir reconnu dans l'auteur de ces faits inqualifiables l'étrange et obstiné visiteur à l'arrestation duquel il avait, autrefois, contribué à plusieurs reprises.... Il ne se trompait pas. Une surveillance active fut organisée et le lendemain ou le surlendemain, l'irréductible récidiviste était arrêté et conduit au Dépôt.

L'outrage public à la pudeur se produisant dans une église, cette obscénité révoltante consistant à se découvrir dans le temple, aux regards de dames agenouillées, acquiert une gravité particulière et semble résulter d'un cynisme provocateur qui ne saurait manquer d'attirer une sévérité spéciale sur l'homme coupable d'une semblable profanation. Est-ce donc à ce sentiment qu'obéit le dégénéré impulsif en choisissant une église comme le lieu de choix de son exhibition? On peut affirmer qu'il n'en est rien. Et pourtant, il est bien certain que ce n'est pas par l'effet d'un simple hasard que les choses se passent ainsi. Un mobile guide l'exhibitionniste. Quel peut être ce mobile? La réponse à cette question n'est pas facile. Les renseignements que nous fournit le malade à ce sujet sont, le plus souvent, vagues et incomplets; comme dans toutes les affaires de cet ordre, il éprouve un véritable embarras à s'expliquer. Ordinairement, il assure qu'il ne se rend pas bien compte pourquoi il va s'exhiber dans une église plutôt qu'ailleurs; *mais il sent bien qu'il faut qu'il y aille*. Ce n'est pas l'heure

des offices, c'est-à-dire le moment où l'église est encombrée de fidèles que choisit le perversi sexuel. Il lui faut un peu d'ombre et de mystère et au moins l'apparence de quelque sécurité dans l'accomplissement de l'acte dont le besoin le domine irrésistiblement. Si son outrage à la pudeur est réputé *public*, par l'endroit même où il se produit, il est, par le fait, aussi *discret* que peut l'être une manifestation de ce genre. Il ne vise point tout un concours de personnes. L'un de nos malades déclarait qu'il s'appliquait à n'être jamais vu par plus de deux femmes simultanément, *juste ce qu'il fallait*, ajoutait-il, *pour qu'il y eût échange d'impressions*. Après chaque exhibition, il s'interrogeait anxieusement : « *M'ont-elles vu?... Que pensent-elles?... Que disent-elles en parlant de moi entre elles?... Oh! que je voudrais le savoir!* »

C'est donc lorsque l'église est presque déserte que le perversi sexuel s'y montre. Il sait qu'il est à peu près certain de trouver, là, quelques femmes isolées ou par groupe de deux ou trois; il juge, alors, l'instant favorable et, posté en face d'elles, il se découvre!

En présence du langage étrange de quelques exhibitionnistes impulsifs, on en arriverait presque à se demander si quelque sentiment donnant comme l'impression d'un vague réveil de l'ancien culte phallique en honneur à Rome et à Athènes, n'interviendrait pas dans la solennité avec laquelle ils s'exhibent. X..., habitué de l'église Saint-Roch, nous faisait cet aveu : « Mon bonheur est d'aller dans les églises. Pourquoi? C'est ce que je ne définis pas. *Je sais pourtant que c'est là que mon acte a toute son importance*. La femme est recueillie et elle doit bien voir que cet acte, dans un pareil lieu, n'est pas une plaisanterie de mauvais goût, ou une dégoûtante obscénité, *et que si je viens là, ce n'est pas pour m'amuser; c'est plus grave que ça!* J'épie l'effet produit sur le visage des dames auxquelles je montre mes organes. Je voudrais y voir une joie profonde. Je voudrais, en somme, qu'elles fussent portées à se dire : « *Que la nature vue ainsi est impressionnante! et c'est pourquoi j'y vais malgré moi!* »

Voici, d'autre part, ce que nous disait, un jour, la femme d'un perversi sexuel arrêté nombre de fois *dans les églises*, pour exhibition de ses organes génitaux. Au cours d'un voyage, elle visitait une église en compagnie de son mari. Celui-ci se montre distrait, préoccupé, il semble sous le coup d'un malaise indéfinissable, ses tempes sont mouillées de sueurs, son corps tremble. Tout à coup, il se déboutonne et s'exhibe, luttant contre sa femme qui connaissait sa *passion*, et lui criant : « Laisse-moi! laisse-moi! il le faut! » Rentré à l'hôtel, il sanglote, demande pardon à sa femme et se déclare le plus malheureux des hommes....

Est-ce l'idée d'une odieuse profanation qui faisait agir X...? Assurément non. On peut affirmer qu'il n'y avait point l'intention d'une révoltante offense dans son exhibition. « *Ce serait plutôt le contraire* », nous déclarait-il, surpris lui-même de cette assertion aux apparences paradoxales. Il avait ce ton éploré et lassé d'un homme qui se sait dominé par une force supérieure à sa volonté. « Je sens, ajoutait-il, toute la répulsion que doit inspirer ma conduite. Pourquoi suis-je ainsi fait? Qui me guérira? »

De tels faits, par la profondeur de l'aberration sexuelle qu'ils révèlent, laissent l'esprit frappé d'étonnement. Ils peuvent, en tous les cas, servir de transition vers l'étude du fétichisme psycho-sexuel.

V. FÉTICHISME. — Il existe tout un groupe de perversis sexuels, dont l'anomalie se traduit par une *paresthésie* de l'instinct (Krafft-Ebing) ayant pour effet de placer la production de l'orgasme génital sous la dépendance nécessaire et exclusive d'un excitant déterminé: *le fétiche*. Commotionné, alors qu'il est enfant ou adolescent, par une impression forte, d'ordre sexuel, le perversi fétichiste ne pourra plus guère avoir pour objectif, dans les choses de l'amour, que le rappel de cette impression, tellement a été tout de suite étroit le rapport entre la sensation et l'idée représentative. *Anesthésie*, en quelque sorte, pour ce qui est des impressions dont le consensus engendre d'ordinaire l'excitation sensuelle, il gardera seulement un point d'*hyperesthésie* amoureuse. C'est une singulière interférence grâce à laquelle *la partie prime le tout*, le détail se substitue au principal. Pour le fétichiste, *ce détail est tout*; il compte plus que la femme elle-même dont la possession arrive à être chose indifférente. Dans cette étrange hérésie de l'amour, la femme perd donc, à peu près, ses droits en tant qu'être destiné à charmer l'homme, à le solliciter à l'acte où tend l'espèce dans son mystérieux besoin d'assurer sa perpétuité.

Tantôt le fétichisme est *impersonnel*, c'est-à-dire, ne recherche qu'un objet de la toilette féminine (bottines, mouchoirs, tablier, bonnet, etc., etc.), tantôt il est *corporel* et ne vise, en ce cas, qu'une partie déterminée des formes féminines, ou tel attribut de son sexe (mollets, pieds, seins, proéminences fessières, cheveux, etc.).

Syndrome de la dégénérescence mentale, le *fétichisme est une perversion sexuelle obsédante et impulsive conférant tantôt à un objet auquel nos usages prêtent une signification sexuelle (fétichisme impersonnel), tantôt à une partie du corps (fétichisme corporel) le pouvoir exclusif de produire l'orgasme génital, le fétiche étant, soit directement,*

soit par évocation ou représentation mentale, l'élément à la fois nécessaire et suffisant de l'excitation sexuelle.

Ainsi, à dater du choc moral initial, c'est à l'objet qui l'a provoqué que le perversi psycho-sexuel empruntera ses sollicitations amoureuses et c'est sur lui que se concentrera sa vie génitale. Une association forcée, automatique, en quelque sorte, est dès ce moment établie, de telle manière que le retour de la sensation, ou sa simple représentation mentale, ne pourra se faire sans que la sensualité se réveille.

Dans ces dernières années, des faits curieux ont retenu l'attention sur ce fétichisme pathologique en lequel il ne convient point de voir seulement la simple exagération de ce *culte des brimborions*, de cette adoration des riens symboliques où, parfois, se dépense épisodiquement l'amour normal. Il y a entre les deux phénomènes la différence capitale qui sépare un état purement passionnel d'un état morbide. L'objet de ce culte fétichiste, qu'il soit impersonnel ou corporel, devient donc, ainsi, l'élément à la fois nécessaire et suffisant de l'excitation génitale et son influence, exclusive dans les cas types, annihile à son profit le *consensus* d'impressions qui, à l'état normal, forment le *substratum* des sollicitations sexuelles. Le perversi sexuel fétichiste se dépense génitalement dans un *amour à côté* et présente une sorte d'*ectopie amoureuse*, du fait de ce culte bizarre, illogique, où l'on peut reconnaître comme un *onanisme psychique* qui ne fait d'ailleurs que doubler l'onanisme réel auquel il s'adonne généralement.

Sur ces *hérésies* morbides de l'instinct sexuel, on a publié dans ces dernières années d'intéressantes observations (Charcot, Magnan, Krafft-Ebing, Tarnowski, Motet, Moll, Binet, Paul Garnier, Régis, Féré, etc.). L'un de ces auteurs (Binet) est d'avis que l'origine du penchant fétichiste est à chercher dans un incident marquant qui se place, d'ordinaire, à l'époque de la première enfance. Cela n'est vrai qu'à la condition qu'on tienne compte de cette réceptivité émotive fondamentale qui seule peut mettre en valeur cet incident destiné sans doute à être bien vite oublié, sans cette hyperesthésie psychosensorielle à laquelle il emprunte toute son importance. L'éveil de l'obsession fétichiste n'est donc point dû uniquement à une circonstance extérieure et toute fortuite. L'incident n'a fait date pour s'imposer à toute la vie sexuelle que grâce à la déviation constitutionnelle de la sensibilité générale résultant de la dégénérescence mentale. Un médecin, à la fois kleptomane et fétichiste, que le Parquet de la Seine nous avait chargé d'examiner, se souvenait avoir éprouvé, à huit ans, en face du bonnet d'une femme de chambre, ce qu'il appelait « le coup de foudre ». Du jour de cette commotion, ce fut un bonnet

de linge, autant que possible sale et odorant, qui devint la condition de l'excitation voluptueuse.

A. Fétichisme des objets. — Dans la nomenclature des cas de fétichisme impersonnel, l'adoration pour les *bottines* ou *souliers* semble occuper le premier rang, par ordre de fréquence. On se rappelle l'observation si curieuse recueillie par Blanche et relatée dans l'important mémoire de Charcot et Magnan : un homme de 54 ans, arrêté se masturbant devant la boutique d'un cordonnier, était amoureux, depuis l'âge de 6 à 7 ans, des souliers surtout munis de clous ; il lui suffisait de poser l'extrémité de sa verge sur les clous de la semelle pour obtenir l'orgasme génital.

Un malade observé par Krafft-Ebing appliquait le talon de chaussures de dames sur ses organes sexuels pour provoquer l'excitation voluptueuse. Ce contact préalable était indispensable lorsqu'il voulait avoir des relations sexuelles, le reste de la femme le laissant indifférent. Très malheureux de cette obsession, il se maria espérant ainsi s'y soustraire. La nuit de ses noces fut terrible pour lui ; il se sentit criminel et ne toucha pas à sa femme. Il acheta une paire de bottines, la cacha dans le lit nuptial et, en la touchant, il put remplir ses devoirs conjugaux. Hammond, Næcke, Pascal ont publié des observations analogues. Nous avons donné des soins à un dégénéré de 19 ans, qui obligeait sa maîtresse à coucher avec une paire d'élégantes bottines, remplacées presque chaque jour. Pour accomplir le coït, il promenait son membre viril sur les bottines, et, pendant l'acte, il devait tenir à pleines mains les pieds bottés de la jeune femme. Sans l'emploi de ces manœuvres, il restait totalement impuissant.

Chez un malade de Charcot et Magnan, l'objet fétiche était *un bonnet de nuit*. Ce n'est qu'en évoquant l'idée d'une tête de vieille femme ridée et laide, mais coiffée d'un bonnet de nuit, qu'il obtenait l'orgasme génital.

L'un des plus curieux exemples de fétichisme des objets est le cas de cet ancien matelot, le sieur C..., que Blanche, Magnan et nous-même avons été appelés à examiner. Cédant à une impulsion irrésistible, cet homme, fort honnête, s'était fait voleur de *tabliers blancs* et avait, de ce chef, encouru plusieurs condamnations. En ajuster un à sa taille, c'était là pour lui le suprême bonheur. Il cachait l'objet fétiche, l'enfouissait avec soin dans la terre, pour courir, dès qu'il était libre, à sa cachette. Fébrilement, il déterrait le précieux tablier, le palpait avec une frénésie amoureuse, s'en affublait, pour l'enterrer à nouveau après l'avoir maculé de sperme. Nous fûmes chargé de l'examiner un jour qu'il venait de commettre un larcin dans les circonstances suivantes :

un soir, revenant de son travail, il aperçoit, à l'étalage extérieur d'un magasin de nouveautés, un mannequin revêtu d'une longue *matinée blanche*. Il distingue mal, au jour tombant, la nature de ce vêtement blanc. Il croit voir le tablier de ses rêves et, subissant une irrésistible impulsion, il s'élance, se saisit frénétiquement du mannequin, l'enlace amoureusement dans ses bras et s'enfuit avec sa conquête.... On court à sa poursuite et on l'arrête.

Le *mouchoir* de femme est peut-être, avec les bottines, l'objet le plus fréquemment en cause dans le culte amoureux du fétichiste. Il n'est pas rare que les agents de police guettent, dans la foule, des individus qu'ils prennent pour des *voleurs à la tire*, en les voyant occupés à fouiller les poches des dames. La perquisition opérée à leur domicile fait découvrir toute une collection de mouchoirs. Ce fut le cas pour un perversi sexuel dont parle Krafft-Ebing. Cet homme avoua que, depuis l'âge de 15 ans, il se procurait l'excitation sensuelle en s'appliquant un mouchoir de femme sur les organes génitaux. Il fallait que le mouchoir eût servi, eût subi le contact de la femme, et, parfois, pour obtenir ce contact, il disposait des mouchoirs neufs sur le passage des filles.

Le *fétichisme des étoffes* (satin, soie, velours) fait intervenir les tissus servant d'ordinaire à la parure de la femme et qui sont, en quelque sorte, *sexualisés* par cet usage féminin. Victor X... fut arrêté, un jour, dans la foule, par des agents qui virent en lui un *voleur à la tire*. En réalité, il frôlait et palpait les robes de dames vêtues de soie. Enfant, il adorait les *poupées vêtues de soie*; il collectionnait des rognures d'étoffes soyeuses et ressentait une grande volupté, *lorsqu'il les appliquait sur son estomac*. Fréquemment dans son sommeil, il voyait des princesses, des reines vêtues d'ornements en soie merveilleuse; il se prosternait devant elles, couvrait le bas de leur robe de baisers éperdus et se réveillait sous la secousse du spasme voluptueux. Depuis longtemps, il possède un jupon de soie qu'il serre précieusement dans un meuble de sa chambre. Chaque soir, il l'ajuste à sa taille et ainsi enjuponné de soie, il goûte, dit-il, l'ivresse sensuelle que la plus jolie femme du monde ne pourrait lui donner.

Un autre dégénéré héréditaire se fit arrêter dans la salle des dépêches du *Figaro*, où, armé de ciseaux, il découpait des lambeaux d'étoffe dans les manteaux des dames près desquelles il se faufilait. Il nia longtemps le mobile qui le faisait agir. En le pressant de questions, nous finîmes par obtenir de lui des aveux complets. Depuis l'âge de 9 à 10 ans, à la vue et surtout au contact d'une *étoffe laineuse et duveteuse*, il passait par toutes les phases de l'excitation génitale. Depuis

quelque temps, dominé par une impulsion irrésistible, il risquait une arrestation en se faisant *coupeur d'étoffes laineuses et duveteuses*. Rentré dans sa chambre, il appliquait sur sa peau les découpures ainsi récoltées et provoquait l'orgasme génital.

Le *fétichisme du costume* représente une obsession fétichiste d'une systématisation plus étroite encore. X... avait mérité, dans son quartier, la qualification d'*amoureux des nourrices*. Il fut même arrêté et conduit dans notre service en raison de l'excitation singulière qu'il avait manifestée, à plusieurs reprises, dans un petit square. Aussi loin que ses souvenirs remontaient, il se voyait charmé, séduit, par le *costume de nourrice*, dans son ensemble. Quand il parvint à l'âge d'homme, il ne rechercha que les *nourrices*, pour s'en faire, selon son expression, une société; il ne tentait point d'aboutir à des relations sexuelles; la contemplation du costume avait pour lui des charmes incomparables. Rentré dans sa chambre, il évoquait l'image du costume de nourrice et cette représentation mentale lui donnait l'ivresse sensuelle. Un jeune homme, auquel M. Motet a donné des soins, n'éprouvait d'excitation génitale qu'à l'aspect d'une femme en *costume de mariée*, et sa passion exclusive lui faisait faire des stations interminables à la porte de certains restaurants connus pour donner, aux portes de Paris, les repas de noces. Un malade que nous avons visité avec plusieurs de nos collègues ne voyageait pas sans avoir, au fond de ses malles, des vêtements féminins : il spécialisait son fétichisme au *costume de théâtre lyrique*. Ainsi vêtue, la femme s'idéalisait pour lui; le corps n'était rien; le costume était tout.

B. *Fétichisme personnel ou des attributs corporels hétéro-sexuels*. — Dans ce fétichisme, l'amour morbide, en visant une partie du corps de la femme, l'un des attributs spéciaux de son sexe, ordinairement, devient plus personnel, plus matériel; mais il n'en ressemble pas plus, pour cela, au besoin naturel du rapprochement sexuel. Les *cheveux de la femme*, dans leur disposition, leur arrangement particulier, leur couleur, leur odeur, sont parfois l'objet d'un culte bizarre. De curieuses observations ont fait connaître les procédés des *coupeurs de nattes* (Motet, Krafft-Ebing, Paul Garnier). Armés de forts ciseaux, ces individus opèrent au milieu d'une foule compacte, et mutilent ces longues tresses que les fillettes portent pendantes sur leurs épaules. Arrêtés *flagrante delicto*, ils sont trouvés nantis de nattes déjà coupées; la perquisition à leur domicile fait découvrir toute une collection de tresses ainsi récoltées, tresses dont la vue, le palper, l'odeur les excitent extraordinairement.... Ils les sortent aux heures de solitude, les placent près d'eux dans leur lit et comme nous disait l'un d'eux,

cela est plus excitant que la présence d'une jeune et jolie femme.

Parmi les *frôleurs*, les *frotteurs*, qui font de longues stations partout où la foule se presse, s'approchent des femmes et recherchent leur contact, il en est qui ne sont pas des vicieux. Ils obéissent à une obsession tyrannique : les seins, les proéminences fessières, les mollets les subjuguent. Les faits consignés au chapitre suivant attestent que ce fétichisme a, parfois, des façons cruelles de se traduire.

VI. SADISME ET SADI-FÉTICHISME. — Si l'homme qui apporte dans l'accomplissement des rapports sexuels un raffinement cruel et une sorte de férocité peut bien n'être qu'un individu vicieux et brutal cédant à la *colère de la volupté*, c'est bien, par contre, à un dégénéré psycho-sexuel, à un malade qu'on a affaire, lorsque l'individu obéit à une obsession impulsive irrésistible s'accompagnant de phénomènes spéciaux. Pour le perversi sexuel sadique, il s'établit un rapport entre le spectacle de la souffrance infligée et l'excitation voluptueuse. Cette corrélation nécessaire est née d'un incident mis en valeur par son état de réceptivité émotive et de désharmonie fonctionnelle. A dater de ce jour, marqué par cette commotion émotionnelle, cette sorte de vertige mental initial, la subordination devient de plus en plus étroite entre la cruauté et la volupté. Finalement, les deux éléments se juxtaposent et s'associent. Désormais, ce ne sera plus que grâce à la réviscence de cette impression, ou à sa répétition, que l'orgasme génital pourra se produire. A l'inverse du *masochiste* ou *passiviste* qui n'a de volupté qu'à s'humilier devant l'être aimé et à souffrir *par* lui, le sadique n'a de jouissance qu'à imposer cette souffrance à autrui. Il n'y a donc lieu de reconnaître comme une impulsion morbide sadique que cette perversion sexuelle obsédante et impulsive caractérisée par une dépendance étroite entre le besoin de la cruauté et la production de l'orgasme génital.

Rien n'est plus diversifié que la manifestation de l'impulsion sadique; depuis l'acte le plus puéril, le plus absurde, depuis le sadisme simplement symbolique ou psychique, il y a toute une série d'échelons qui, parcourus un à un, nous mèneraient à la mention des forfaits les plus monstrueux dans lesquels la fureur sadique se dépense en assassinats, en d'atroces mutilations, en vampirisme, en anthropophagie, en nécrophilie. Le crime sadique porte d'ordinaire sa marque d'origine. Produit d'une impulsion se renouvelant avec une sorte de fatalité, il y a vraiment sa *signature* dans la répétition d'un attentat qui révèle comme un système.

Syndrome de la dégénérescence mentale, le *sadisme pathologique*

est une perversion sexuelle obsédante et impulsive caractérisée par une dépendance étroite entre la souffrance infligée ou mentalement représentée et l'orgasme génital, la frigidité restant d'ordinaire absolue sans cette condition à la fois nécessaire et suffisante.

Au premier abord, rien ne semble plus en contradiction que ces deux termes : fétichisme et sadisme ; le premier éveille la pensée d'un culte et tend à exprimer l'humilité de l'adoration ; le second, au contraire, évoque l'idée d'une violence, d'une agression cruelle, et, en somme, d'une *manœuvre attentatoire* en vue de la satisfaction d'une sensualité anormale. Pourtant, des observations médico-légales absolument nettes et probantes montrent que les éléments des deux perversions sexuelles se combinent fréquemment pour former un composé hybride qu'il est permis d'appeler le *sadi-fétichisme*. Déjà, on peut trouver un appoint de sadisme dans l'acte du fétichiste *coupeur de nattes* qui éprouve l'orgasme génital lorsqu'il coupe et *violente*, par conséquent, lorsqu'il *mutile* l'objet même de son fétiche. Tout tend à montrer que la plupart des *flagellateurs* sont des sadi-fétichistes. Mais les cas les plus démonstratifs sont fournis par les *piqueurs de fesses*, les *coupeurs d'oreilles*. De plus, si dans les horribles mutilations, dans le vampirisme, et même dans la nécrophilie, le sadique *laisse sa signature* ; si on le suit à la trace par la remarque de ses procédés méthodiques, *systématiques*, c'est sans doute parce qu'une attirance spéciale, fétichiste dans son principe, dirige presque invariablement sa manie vers un point précis du corps. Mais le sadi-fétichisme n'est pas seulement *corporel* ; il peut être aussi *impersonnel*. Comme dans le fétichisme des objets, le désir vise un objet exclusif qui, seul, peut éveiller l'orgasme sexuel ; mais, cette fois, à la condition que l'objet fétiche *subisse les violences* de cet amour et qu'il soit atteint dans son intégrité, qu'il soit lacéré, brisé, souillé, brûlé, détruit par le feu ou des substances corrosives. De tels faits ont une importance médico-légale qui va plus haut que la gravité du délit en cause, car leur interprétation permet de rattacher des actes bien autrement graves au même processus psycho-sexuel.

La force instinctive qui pousse au rapprochement des sexes, aux fins de la perpétuité de l'espèce a des aspects bien divers, des manifestations extrêmement complexes et bizarres. Si l'amour, dans sa sublimité, a été le mobile d'actions éclatantes et admirables, on a pu dire aussi que le désir sexuel est, parfois, frère de l'assassinat (Gorres). La brutalité de l'instinct peut être telle que son énergie en devienne destructive, à l'imitation de ce qui se passe, dans certaines espèces animales. Mais il ne s'agit pas de simple exagération brutale

de l'instinct, mais bien d'une véritable déviation, lorsque l'orgasme génital a besoin, pour se produire, du spectacle de la douleur infligée. La souffrance, ou même la seule représentation mentale qu'on impose ou qu'on voit administrer cette souffrance, devient l'agent provocateur de sensations fortes aboutissant, comme la plupart des idées fortes, à un hypertonus psycho-moteur. Le malade sadique étudié ici n'est pas, comme le *héros d'immoralité* dont le nom a servi à qualifier cette perversion sexuelle, un fanfaron du vice. *Il souffre de son désir, plus qu'il n'en jouit.* Il ne fait pas étalage de sa misère morale. Il la voile ou s'y efforce. Comme les autres dégénérés pervers sexuels, le sadique est l'esclave d'une obsession née de son émotivité morbide. Pour lui, l'étroit rapport entre le spectacle de la souffrance infligée et l'excitation voluptueuse est issu d'un incident amplifié par son état de réceptivité émotive. A dater de ce jour, à partir de cette commotion ressentie, de ce *vertige mental initial*, de cet éveil de sa sensualité par la cruauté, par la vue du sang, etc., les deux éléments se juxtaposent, ou plutôt fusionnent entre eux, étroitement associés l'un à l'autre. Désormais, ce ne sera plus que grâce à la réviviscence de cette impression, ou à sa répétition que l'orgasme génital pourra se produire. Le perversi sexuel sadique va marcher dans la vie sous la tyrannie de cette obsession impulsive que sa conscience combat, mais à laquelle il faudra sans doute qu'il succombe en dépit de tous ses efforts.

On doit à un certain nombre d'auteurs (Krafft-Ebing, Lombroso, Mantegazza, Moll, Paul Garnier, etc.) des observations qui précisent bien la perversion sexuelle sadique. Hoffmann avait déjà mentionné le cas d'un individu qui ne pouvait avoir des rapports sexuels avec des prostituées que si l'on tuait et martyrisait devant lui des poules, ce qui lui avait valu ce sobriquet : *le Monsieur aux Poules*. On amena, un jour, à l'Infirmerie spéciale, un jeune dégénéré qui avait dévasté toute une basse-cour. Aux termes du rapport de police, cet adolescent de 16 ans égorgeait des poules, tout en les pressant sur ses organes génitaux; il avait, à ce moment, une éjaculation. Lombroso, Pascal, ont cité des faits analogues.

Au cours de la lutte contre l'impulsion sanguinaire sadique, le dégénéré psycho-sexuel fait parfois appel à l'autorité, lui demandant de le mettre dans l'impossibilité de nuire. Ce fut le cas de Prosper X..., 27 ans, employé de commerce, fils d'aliéné, qui, conduit sur sa demande à l'Infirmerie spéciale, dépeignait ainsi l'impulsion qui le tourmentait : « La vue d'une jeune fille me suggère l'idée de la posséder par la force et, ensuite, cette idée change; je voudrais lui enfoncer un poignard dans le corps; ma jouissance sexuelle serait de

voir couler son sang, de le boire, de m'enivrer de ses spasmes, de ses contractions, de ses soupirs. Il me semble qu'après cela, je serais débarrassé d'un poids énorme. »

Pour bon nombre de perversis sexuels, la cruauté sadique est, ainsi que l'a déjà très judicieusement noté Krafft-Ebing, une suite d'*équivalent de l'acte sexuel*; on pourrait même dire qu'il s'y substitue souvent totalement, attendu que beaucoup de ces perversis ne pratiquent point le coït qui n'a pour eux aucun attrait. C'est sans doute dans cette constatation de première importance qu'il convient de chercher l'interprétation d'un fait difficilement explicable de prime abord : le sadique peut trouver l'orgasme génital dans la cruauté infligée à une personne de son sexe, et ceci, en dehors de toute intervention des appétits homo-sexuels. Cette remarque peut permettre de comprendre la manière d'agir de certains sadiques. Après s'être parfois vainement essayés à l'acte sexuel, après avoir accompli un viol, et avoir reconnu leur impuissance à éveiller ainsi la volupté, ils terminent l'horrible scène par un assassinat, par une mutilation où ils trouvent, enfin, et là seulement, l'orgasme génital.

Quant à cette association, en apparence paradoxale dont il a été parlé plus haut, association nous montrant étroitement combinés le sadisme et le fétichisme, il n'est pas exagéré de dire qu'elle est fréquente. Les premiers linéaments de ce sadi-fétichisme apparaissent dans cet acte du fétichiste du mouchoir qui accroît ses sensations voluptueuses en le mordant, en le déchiquetant avec une sorte de rage. Il *blesse*, il détruit plus ou moins l'objet fétiche, et c'est à ce moment précis que son excitation sensuelle atteint son paroxysme. Par un étrange illogisme, l'*iconolâtre* se fait *iconoclaste*, si l'on peut ainsi dire. Il mutilé voluptueusement l'objet de son culte. Certains sadiques flagellateurs sont, en même temps, des fétichistes des fesses. Le fait apparaît fort clairement dans une observation récente de Régis. Un malade dont l'observation est due à Moll se représentait, dès l'âge de 7 ans, la femme avec la région fessière à nu. Il se livrait à l'onanisme en se figurant qu'il frappait une femme avec une verge sur les fesses mises à nu, *jusqu'à ce qu'elle ait des durillons*. Arrivé à l'âge d'homme, il ne put pratiquer le coït qu'à l'aide de la flagellation concomitante et toujours exclusivement sur les fesses.

Nous avons dit, plus haut, qu'à bien analyser les faits, il y a un appoint de sadisme dans l'acte du *coupeur de nattes*. Cet obsédé obéit au besoin de récolter des cheveux nattés, de les ranger amoureusement dans de mystérieuses cachettes et, le moment venu, de les utiliser pour le réveil des sensations voluptueuses. Mais, il faut noter aussi

que dans certains cas, le coup de ciseaux qui tranche, *mutile* une chevelure, provoque le paroxysme de la volupté. Un malade observé par Motet et que nous avons eu également à examiner, avait une érection dès qu'il touchait, avec ses ciseaux, la natte qu'il se préparait à trancher et, au moment même où il la coupait, il avait une éjaculation. C'est d'ailleurs le délit de *violences* que retient la justice dans les poursuites qu'elle dirige contre les *coupeurs de nattes*. En somme le coup de ciseaux du *coupeur de nattes* opère une *mutilation*; il *tranche dans le vif*, comme nous le disait l'un de ces pervers.

Mais voici des cas où l'association sadi-fétichiste est aussi nette que possible.

Il y a quatre ans, la presse, à Paris, s'occupa pendant quelques jours des agissements d'un individu qui avait jeté une sorte de terreur dans le quartier où il *opérait*. A la nuit tombante, il s'approchait des jeunes filles et visant toujours la région fessière, les piquait profondément avec une lame acérée et prenait la fuite. Il fut arrêté au moment où il venait de mutiler, de cette façon, une jeune fille qui sortait de son atelier. Soumis à un examen médical, ce n'est que très difficilement que Philippe X..., âgé de 19 ans, commis aux écritures, se décida à avouer le mobile des nombreuses mutilations qu'il avait exercées sur des jeunes filles.... Il avait la réputation d'un jeune homme extrêmement doux.... Il *avait*, disait-on, *la pudeur d'une jeune fille*. Il nous avoua que chaque fois qu'il avait, avec son canif, *piqué une jeune fille*, il *avait taché son linge*. C'est vers l'âge de 12 ou 15 ans que Philippe éprouva, pour la première fois, du plaisir à regarder les fesses des femmes. Il en fut tout ému et, désormais, *il s'était déclaré*; ce fut sa passion, *sa manie*, comme il le dit lui-même. Dans ses songes, il voit, surtout, des femmes accroupies, les fesses bien en saillie. Il lui semble qu'il va les toucher et, à ce moment, son bonheur est si grand que le réveil a lieu. Bientôt, à cette idée s'en adjoint une autre : celle de *pincer*, puis, enfin, de *piquer* les proéminences fessières. Là encore, le rêve se met au service des désirs, difficilement mais encore contenus à l'état de veille. En rêve, Philippe poursuit une jeune fille, les yeux fixés seulement sur la région fessière. Il finit par l'atteindre.... Il frappe avec une lame aiguë... et il se réveille au milieu du spasme voluptueux. Un jour vint où de *l'action rêvée*, Philippe devait passer à *l'action vécue* et alors commença la série de ses mutilations. A l'idée que l'arme qu'il tenait allait pénétrer dans une chair féminine, dans la fesse, objet de son culte fétichiste, il était couvert de sueurs.... Oppressé, angoissé, il entra en action. L'éjaculation se produisait au

moment même où il portait le coup de canif et alors *il lui semblait que sa poitrine était débarrassée d'un poids énorme.*

Lutte angoissante, perturbation physique et morale concomitante de l'impulsion, détente immédiate par le fait du passage à l'acte, c'est bien là l'ensemble des phénomènes propres à la crise obsédante et impulsive. Philippe est à la fois un fétichiste et un sadique. Les fesses des femmes l'ont toujours ému, et sa sensibilité génitale ne s'est éveillée que par cette émotion, sans que pourtant il ait jamais éprouvé le désir de relations sexuelles. Il ne voit, dans la rue, que ces proéminences; il reste indifférent à la beauté des traits comme à l'harmonie des formes. Mais, si le désir de voir, de toucher la région fessière des femmes absorbe son attention et éveille sa sensualité, une autre condition doit s'y adjoindre pour réaliser l'orgasme vénérien et c'est là que le sadisme pathologique intervient et s'associe directement au fétichisme des fesses. Pour que Philippe obtienne l'excitation génitale, *il doit provoquer la douleur*, il faut qu'il exerce une violence et, précisément, sur la région fessière, objet de son fétichisme.

Philippe X..., fils de névropathes, a tout l'aspect d'un dégénéré et nous n'avons pas eu de peine à faire admettre à l'honorable juge d'instruction, M. Paul Jully, qu'on avait affaire non à un vicieux, mais à un malade dominé par des perversions sexuelles obsédantes et impulsives, se reliant au sadi-fétichisme. Sur les conclusions de notre rapport, Philippe bénéficia d'une ordonnance de non-lieu. Statuant plus tard, administrativement, nous l'avons fait placer dans le service de notre maître et ami, M. Magnan.

Demme a rapporté également l'observation du *pikeur de fesses* de Bozen. Il s'agit d'un soldat, âgé de 50 ans; armé d'un canif, il blessait les filles au *derrière*. Au moment de piquer, il éprouvait la satisfaction du coït accompli.

Le même auteur a relaté l'histoire d'un autre perversi, le *coupeur* de filles d'Augsbourg. Il avait pour la femme une aversion qui allait jusqu'au dégoût. La nuit, il rêvait de filles qu'il blessait et avait une pollution. Lorsqu'il fut arrêté, il avoua avoir blessé environ cinquante filles. Bien que ces quelques observations n'aient pas été analysées au point de vue de la recherche de l'association du sadisme et du fétichisme, il paraît probable que ces sadiques étaient en même temps des fétichistes. A cet égard, l'observation de Philippe X... est certainement la plus démonstrative.

En 1895, un homme aux allures bizarres, Maire François, abordait dans la rue un adolescent de 15 ans et, sous prétexte qu'il lui voyait sous le nez un petit bouton *qui pouvait devenir un chancre*,

lui déclarait que le plus sûr moyen de s'en débarrasser promptement était de le soigner tout de suite en y appliquant une feuille de pivoine... qu'on trouverait certainement au Jardin des Plantes, s'il voulait y venir avec lui. L'air entendu, le ton doctoral de cet individu porteur d'une énorme paire de lunettes et de longs cheveux tombant sur les épaules, vêtu d'une ample redingote, descendant fort bas, en imposèrent au jeune B... qui consentit aussitôt à le suivre. Au Jardin des Plantes, Maire, qui, en chemin, avait fini de gagner la confiance de l'enfant, s'approcha brusquement de lui et, tout en lui imposant silence par un ton de commandement, lui enfonça dans le lobule de chaque oreille *un clou forme punaise* : « *Ce sont des greffettes, ne criez pas, c'est pour votre bien que j'agis.... Il fallait commencer l'opération par là ; je vois qu'il n'y a pas de pivoines, ici, il faut aller au bois de Vincennes.* » Crédule et subjugué d'ailleurs par tant d'assurance, le jeune B... se laissa emmener à Vincennes après cette station douloureuse au Jardin des Plantes. Parvenus au bois, ils s'assirent dans un endroit écarté. Tout le long du chemin, Maire s'était occupé des oreilles de l'enfant et surtout des lobules qu'il frictionnait entre le pouce et l'index, *les trifouillant* sans cesse, selon l'expression de l'enfant, tout en paraissant prendre à cela un plaisir très vif. Tout à coup, après avoir considéré « les greffettes », il se saisit de forts ciseaux et sectionna chaque lobule avec une telle dextérité, une telle habileté de main que ce fut fait avant que le jeune B... eût pu opposer quelque résistance.... L'œil brillant, Maire, *très excité*, le rassurait et ajoutait : « *D'habitude, je les jette ; mais puisqu'il s'agit d'un gentil garçon qui a été bien sage, je les garderai. Ça se conserve très bien dans l'alcool.* » Puis, comme l'enfant perdait beaucoup de sang, il déclara qu'il allait chercher des objets de pansement et il disparut. Peu après, le jeune B... tombait en syncope et il fallut, lorsque des promeneurs le trouvèrent étendu sur l'herbe, sans connaissance, des soins énergiques pour le ranimer.

Arrêté le surlendemain sur les indications fournies par l'enfant, François Maire, qui avait mis ce temps à profit pour modifier sa tenue, — il avait fait tailler ses longs cheveux, notamment, — nia avec énergie être l'auteur de la mutilation opérée sur le jeune B.... Pourtant, la justice réunit contre lui des témoignages accablants qui semblaient bien devoir l'amener à des aveux complets. Il ne perdit pas contenance et persista à affirmer son innocence. De nombreux jeunes gens, avertis par le bruit qu'avait produit cette affaire dans les journaux, vinrent déclarer spontanément qu'ils avaient été abordés dans la rue par un individu qui, après quelques mots échangés, leur avait proposé de

leur mettre des « greffettes » aux oreilles, en leur affirmant que c'était excellent pour la santé. Confrontés avec François Maire, tous le reconnurent, sans la moindre hésitation, pour l'homme qui leur avait *manipulé le bout de l'oreille* tout en leur vantant les avantages de l'application des « greffettes ». M. Josse, juge d'instruction, estima qu'il y avait lieu de procéder à l'examen de l'état mental de l'inculpé. Chargé ainsi de le visiter, nous nous heurtâmes aux mêmes dénégations. François Maire, 46 ans, acrocéphale, asymétrique de la face avec les oreilles en anses, exerçait la profession d'émailleur à froid, après avoir fait les métiers les plus divers. Pourvu d'une certaine instruction, il avait fait, à l'époque, « des conférences scientifiques » en province ; il avait été professeur dans des institutions libres. Ses antécédents étaient déplorables. Il avait été condamné, à plusieurs reprises, pour escroqueries. Tous ceux avec lesquels il a été en rapport l'ont trouvé fort intelligent, mais bizarre et original.

Au cours d'une longue observation, il ne s'est pas départi d'une attitude hautaine et gouailleuse. Très maître de lui, surveillant son langage, il donnait l'impression d'un individu étrange et énigmatique, qui comptait bien ne pas se laisser surprendre par telle ou telle question gênante et avait réponse à tout. Il accueillait notre visite d'un air fort dégagé, en homme sûr de lui. Une interrogation l'embarrassait-elle, il l'éluait par une réponse à côté. Ce qu'il y eut de plus explicite dans ses paroles se réduit à ceci : « ...N'oubliant pas ce que je dois aux autres, je demande qu'on n'oublie pas le respect qui m'est dû.... On me parle toujours de ce jeune garçon qui prétend me reconnaître.... En voilà un jeune imbécile que vous devriez bien examiner, docteur !... Il vous appartient.... On lui a fait dire tout ce qu'on a voulu.... Quant à certains témoignages qui paraissent me désigner aussi comme l'auteur des cruautés commises sur le jeune B..., je n'ai pas à me cacher d'avoir donné à diverses personnes le conseil de se faire percer les oreilles.... Je suis convaincu que c'est une pratique salutaire.... Pourquoi m'en cacherais-je ? J'ai même inventé, à l'époque, un petit instrument pour pratiquer rapidement cette opération.... Cela rappelait l'emporte-pièce. Mais si je suis convaincu qu'il est utile, pour toute personne, de se faire percer les oreilles..., cela ne signifie pas que je *coupe les lobules*. Vous avouerez qu'entre les deux procédés il y a quelque différence. »

Cette attitude de F. Maire ne facilitait pas la tâche de l'expert. La mutilation accomplie sur le jeune B... semblait bien s'annoncer comme un acte pathologique en rapport avec une obsession impulsive à base sexuelle. Tous les renseignements fournis sur Maire montrent

bien quelle place importante *le lobule de l'oreille* tenait dans ses préoccupations habituelles. L'intérêt qu'il leur portait relevait, c'est au moins vraisemblable, de l'une de ces étranges psychopathies sexuelles alliant le fétichisme au sadisme. Mais, en l'espèce, les éléments de certitude font défaut.

Les dénégations systématiques de F. Maire s'opposent à ce que le mobile de l'acte incriminé soit nettement défini et précisé. Quand l'expert découvre, chez un inculpé, une obsession impulsive, il a pour asseoir son diagnostic les éléments d'appréciation empruntés à la subjectivité du prévenu qui lui rend compte des sensations et des sentiments concomitants, mentalité spéciale, *au temps de l'action*, qu'il est indispensable d'analyser, pour caractériser le syndrome obsession ou impulsion. Il est nécessaire que le sujet nous fasse part de ce qu'il a éprouvé avant, pendant et après le phénomène de l'impulsion. C'est par cette révélation que l'observation scientifique peut seulement être complète. L'expert peut bien essayer d'y suppléer et de reconstituer, à l'aide d'analogies, le syndrome que son expérience lui permet de pressentir; mais la démonstration reste imparfaite. Des réserves s'imposaient donc. F. Maire, calme, libre d'esprit, conscient de sa situation, exempt de tout délire, était évidemment en état de s'expliquer devant la justice et d'y produire les raisons qui, selon lui, devaient démontrer aux magistrats qu'il n'était point coupable de la mutilation qui lui était reprochée.

Devant le tribunal, François Maire persista dans son attitude. Il le prit même de très haut avec les magistrats. Il produisit une fort mauvaise impression. Le président lui rappela son triste passé, ses nombreuses années de prison, mais sans parvenir à lui faire baisser le ton. Appelé à la barre, nous nous bornâmes à exposer les motifs qui pouvaient faire penser que Maire, en lequel la justice reconnaissait l'auteur de la mutilation accomplie sur le jeune B..., avait sa place marquée parmi ces pervers sexuels subissant la tyrannie d'une obsession impulsive, mélange de fétichisme et de sadisme; mais, il nous fallut émettre les réserves que commandaient les circonstances particulières du fait.

F. Maire fut condamné à deux ans de prison.

Dans le cas de L..., 21 ans, on voit s'accroître la tendance sanguinaire; mais on y retrouve l'alliance du sadisme et du fétichisme se résumant en un désir féroce d'enlever à coups de ciseaux, à une jeune fille, *des lambeaux de peau fine et satinée* et de s'en repaître, appétit qui, ne trouvant pas à se satisfaire, se résout en une automutilation et une autophagie. Ce pervers sexuel, dont l'histoire est connue (Magnan,

Paul Garnier) fut trouvé sur la voie publique; assis sur un banc, il s'occupait, à l'aide de ciseaux, à tailler sur son bras gauche un large fragment de peau. Depuis l'âge de 7 ans, la vue d'une jeune fille, à la peau fine, blanche, délicate, satinée, provoquait chez lui une excitation singulière : il était pris du désir de mordre cette jeune fille, de lui arracher à pleines dents un morceau de cette peau satinée et de la manger. Parvenu à l'âge de la puberté, il ne songeait qu'à conquérir un lambeau de peau virginale; il avait épié bien des jeunes filles, mais l'occasion ne s'était jamais offerte dans des conditions lui permettant d'assouvir sa passion. Le jour où il fut arrêté, il avait longtemps suivi une jeune fille à peau fine et satinée; mais, certain d'être arrêté avant d'avoir pu mener son épouvantable besogne jusqu'au bout, plein de rage et fou de désir, il s'était adressé à sa propre peau. Bon nombre de fois, il s'était ainsi *rejeté* sur lui-même, et son corps, surtout aux places où la peau se fait plus douce et plus fine, présentait des blessures nombreuses et étendues, provenant de ces ablations. Chaque fois, la chair ruisselante avait été déglutie par lui avec délices. Il trompait ainsi sa faim de la *peau* virginale. Occupé à manger sa propre chair, il se disait : « Oh, si c'était elle! » L... n'a jamais songé à pratiquer le coït; mais il se livrait avec frénésie à l'onanisme. « Je sais bien, nous disait-il, que c'est une manière de folie; pourtant je raisonne comme tout le monde, je crois.... C'est tellement fort en moi que je suis surpris de n'avoir pas encore frappé une jeune fille à la peau fine et satinée. » Chez L..., l'acte d'ablation du morceau de chair sur sa propre personne est précédé et accompagné d'un trouble angoissant *spécifique*, et suivi comme dans tous les cas d'obsession impulsive, d'une grande détente, d'un véritable soulagement, le besoin morbide ayant reçu satisfaction.

N'y a-t-il pas dans ce fait fort curieux comme un pont jeté vers les grands crimes sadiques, l'égorgement, l'éventration, le vampirisme? Il a certainement tenu à un simple défaut de complicité du hasard que L... n'ait pris rang parmi les grands criminels sadiques, à côté des Vergeni, des Grago, des Léger, des Tirsch, etc.

Un nom désormais célèbre est venu s'ajouter, récemment, à cette liste sinistre, celui de Vacher, « *l'éventreur* », dont le degré de responsabilité pénale a été l'objet de tant de discussions, de tant de controverses ardentes.

Le *Tueur de bergers*, dont les divagations mystiques, au cours de sa prévention et à l'audience de la Cour d'assises de l'Ain, donnaient si bien l'image de la simulation — il se proclamait un grand martyr et se disait l'envoyé de Dieu! — avait-il, au moins, agi, dans l'accomplis-

sement de ses assassinats, sous l'empire d'une obsession impulsive, irrésistible, née d'une perversion sexuelle sadique analogue, malgré son fort grossissement, à celle que nous étudions ici ? Si l'examen clinique avait révélé l'existence d'une telle impulsion pathologique, il eût fallu déclarer Vacher — si effroyables qu'aient été ses crimes — totalement irresponsable et le séquestrer étroitement, pour toute la durée de son existence, dans un asile d'aliénés.

Très certainement, on se trouvait en présence d'une série d'actes *systématiques* accomplis dans des circonstances à peu près identiques et selon des procédés toujours les mêmes. Cet homme avait une méthode qu'il trouvait la plus sûre et il s'y tenait, fortifié d'ailleurs par une longue impunité. Rôdeur sinistre, toujours aux aguets, il profite de toutes les circonstances qui lui paraissent propices pour opérer presque à coup sûr. Ses procédés d'attaques sont d'un fauve qui épie sa proie, s'embusque, fond sur elle, au moment opportun, l'étrangle, et l'égorge avec une telle habileté de main que la victime ne peut même essayer, le plus souvent, une résistance. Le mobile du crime ? On le devine dans la recherche de l'excitation génitale que lui procuraient l'égorgeage, l'éventration. A ce moment, en pleine rage sadique, il pratiquait, comme pour un raffinement de volupté, des mutilations variées, visant tantôt les seins, tantôt les testicules, ou la verge. Il choisit d'ordinaire ses victimes ; il les veut jeunes ; une seule fois, sur les onze assassinats retenus par la justice, il s'est attaqué à une femme âgée (58 ans). Il a avoué avoir souillé son cadavre. La marque sadique est donc indéniable pour toute cette série de crimes. Mais s'il est incontestable que Vacher a obéi à un instinct puissant, de nature sadique ; s'il est acquis que le mobile de ses multiples attentats n'était autre que le besoin d'assouvir une lascivité bestiale ; s'il est démontré qu'il y a eu un rapport entre l'excitation génitale qu'éprouvait le *Tueur de bergers* et les effroyables mutilations qu'il a fait subir à ses victimes, devait-on en conclure qu'il ressemblait, *en grand*, à ce que sont, *en petit*, les malades dont les symptômes ont été résumés dans ce chapitre ? Nous croyons pouvoir déclarer que cette conclusion ne se dégage pas des faits.

Nous avons eu soin de préciser, plus haut, que si étrange que fût le sadisme, d'une façon générale, il n'était pourtant pas nécessairement la manifestation d'un état pathologique, car on peut le rencontrer dans le domaine des actes passionnels ; les raffinements du vice arrivent à le produire chez une nature instinctivement violente, brutale, féroce. L'exagération monstrueuse du vice est évidemment faite pour confondre l'esprit et il est naturel, en pareil cas, qu'on

s'inquiète de savoir s'il n'y aurait pas là qu'une traduction d'un état morbide.

Mais si la recherche est alors légitime, cela ne signifie pas que le résultat de l'enquête scientifique doit toujours être de conclure à l'existence de la maladie. Pour conduire à cette conclusion, il faut d'autres raisons que celles qui sont empruntées à l'horreur même de l'acte, à l'inimaginable perversité qu'il traduit. En effet, si ces motifs suffisaient, l'intervention de l'expert serait bien superflue ! En pareil cas, il fallait donc les signes ou symptômes de l'obsession impulsive. Les trouvait-on en l'espèce ? Vacher, en parlant de ses crimes, en révélant les mobiles de sa conduite, a-t-il eu ce langage si caractéristique qu'on est habitué à trouver dans la bouche des obsédés impulsifs ? Il a bien eu, à vrai dire, cette phrase : « *Le crime commis, je ressentais comme un soulagement, j'étais plus tranquille.* » Il y a, là, des paroles qui ne sont pas sans rappeler les formules significatives dont se servent les obsédés pour traduire la sensation d'apaisement qui se produit aussitôt après le passage à l'acte appétitif. Toutefois, le défaut de franchise constaté chez Vacher, ses essais de simulation, ses prétentions à l'irresponsabilité obligeaient à bien des réserves quant à la sincérité de ce langage et, au surplus, il s'est chargé lui-même de montrer combien ses assertions étaient suspectes, quand il ajoutait : « Je comprends qu'un homme dont l'esprit serait sain et qui aurait conscience de ses actes ait des émotions violentes après le crime. *Mais, moi, je n'ai jamais eu d'émotion violente lorsque je tuais.* » Il est aisé de voir, dès lors, quelle est la préoccupation qui a inspiré le langage de Vacher.

Une remarque qui a son importance est celle-ci : rien ne vient témoigner que le *Tueur de bergers* ait été dominé dans les manifestations de ses instincts sexuels, par une obsession impulsive fétichiste analogue à celles que nous voyons s'adjoindre au sadisme, dans les nombreux faits consignés dans cette étude, association qui tend si bien à marquer du sceau morbide l'impulsion génitale. Rien, non plus, dans les mutilations pratiquées sur ses victimes ne dénonce le fétichiste. Lorsque le juge d'instruction lui demanda s'il était bien passionné pour les femmes, il fit cette réponse : « Je crois être à peu près comme tout le monde. » Il fut plus explicite quand, après son arrestation, il dit à un témoin : « J'aurais préféré que la femme de ce matin fût plus jeune et qu'elle eût de treize à quatorze ans, de préférence. Toi, tu as ta femme ; tu le fais quand tu veux ; tandis que, moi, je ne le fais que par hasard. Lorsque je vais dans les maisons publiques, elles me repoussent ;

du reste, ce sont de sales femmes; j'aime mieux les bergères ! »

C'est là le langage d'un génital aux désirs impérieux, violents, féroces, sadiques, et non d'un obsédé conscient de l'énormité de ses tendances impulsives, qui lutte contre l'étreinte du besoin, mais va quand même au crime, poussé par une force invincible. Si l'on veut, d'ailleurs, se faire une idée de la liberté d'esprit dont jouissait Vacher, *au temps de l'action*, il faut se rappeler comment, surpris en flagrant délit, il chercha à donner le change avec une remarquable assurance.... La femme Plantier qui vient d'échapper à sa terrible étreinte, ordinairement décisive, s'enfuit en criant au secours. Le mari arrive et lance des pierres à l'agresseur. Le *Tueur de bergers*, sur le point d'engager la lutte contre lui, ne perd pas contenance. « Ce n'est pas moi, déclare-t-il, qui ai attaqué votre femme, *c'est mon collègue* », et il donne un grand coup de sifflet pour faire croire qu'il n'était pas seul. Ce sont là les procédés d'un criminel audacieux et avisé et non d'un aliéné.

On ne voit donc pas, en résumé, sur quels caractères cliniques précis on s'est basé, quand on a attaqué les conclusions du rapport médico-légal des distingués experts de Lyon.

Ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, il convient de délaisser tout à fait l'idée d'après laquelle le fétichisme en amour ne serait que la simple exagération morbide de phénomènes normaux. C'est tout autre chose. D'ailleurs, il ne faut pas perdre de vue que l'objet du culte fétichiste peut être tout le contraire de ce qui, d'ordinaire, nous charme et nous séduit; en effet, c'est, parfois, une laideur, une difformité physique et l'on peut ajouter que dans cet ordre d'idées le fétichisme franchit bien des échelons successifs, peut aller jusqu'à la recherche obsédante de ce qui produit l'effroi, de ce qui donne le frisson de l'épouvante, et, enfin, jusqu'à la nécrophilie. Un ingénieur soigné par Krafft-Ebing n'était épris que de la femme qui boite et a les jambes déformées. La femme normale n'avait pour lui aucun charme; la femme boiteuse seule l'intéresse et l'excite génitalement. *Dans ses rêves, il n'apercevait que des femmes boiteuses*. Max-Simon déclare tenir du professeur Lacassagne qu'un homme de mœurs et d'habitudes honnêtes n'éprouvait l'orgasme génital que lorsqu'il assistait à un enterrement. Si l'on en croit Taxil, un prélat venait de temps en temps dans une maison de tolérance, à Paris, et exigeait de la tenancière qu'une prostituée, enveloppée d'un linceul, l'attendit couchée sur une civière. A l'heure fixée, il pénétrait, revêtu de ses ornements épiscopaux, dans la chambre transformée en chapelle ardente, faisait comme s'il officiait dans sa cathédrale et, tout à

coup, se jetait sur la fille qui avait mission, pendant l'acte, d'être immobile et insensible comme une morte. N'est-ce pas, là, comme un premier degré de cette obsession impulsive nécrophilique dont le sergent Bertrand a fourni l'exemple si effroyablement saisissant?... Lui aussi, *ne rêvait que cadavres quand il rêvait femmes*, et c'est d'abord en rêve qu'il se vit souillant des cadavres.

Nous avons fait allusion, au début de ce chapitre, à un sadi-fétichisme impersonnel dont les *attentats* ne s'adressent plus à des êtres animés, mais à des *choses*. En voici un exemple fort net.

Pierre X..., 54 ans, employé, fut arrêté le 14 juillet 1896, à la fête foraine qui avait lieu sur la place de la Bourse, à l'occasion de la Fête nationale. On l'avait vu s'approcher de plusieurs jeunes femmes et appliquer sur leur robe un cigare allumé. Sept ou huit personnes avaient eu, ainsi, leur robe brûlée. X... a déjà été condamné à trois reprises : la première condamnation a été motivée par le fait suivant : il avait été surpris, aux magasins du Louvre, au moment où *il coupait avec des ciseaux la robe d'une femme*. On crut à une tentative de vol, coût : trois mois de prison. Pour la seconde arrestation, l'intention de voler ne pouvait être en cause ; X... *avait jeté du vitriol sur la robe de plusieurs femmes*, ce qui lui valut encore trois mois de prison. Enfin, l'année dernière, il fut appréhendé au moment où il venait de *jeter de l'encre sur plusieurs robes*. Depuis quelques jours, les journaux consacraient des articles à ce *monomane* qui semblait se faire un jeu de détériorer de très nombreuses toilettes en les couvrant d'encre. Cette fois, la peine fut élevée à six mois.

Fils d'un père alcoolique, X..., Pierre, que M. Fabre, juge d'instruction, nous chargea d'examiner, se rappelle avoir été ému, dès le jeune âge, en présence de femmes vêtues d'une robe bleue. Quand, par hasard, il y avait, sur cette *robe bleue*, un *tablier bien blanc*, noué à la taille, ses transports étaient indicibles. Pendant son service militaire, étant en permission, il avisa, au cours d'une promenade, une bonne vêtue d'une *robe bleue* et portant un tablier blanc.... Il s'approche adroitement et, sans éveiller l'attention de la jeune fille, il parvient à dénouer et à conquérir le tablier. A ce moment même, son excitation sexuelle est extrême. Il s'isole et se masturbe dans le tablier. Puis, gagnant un endroit tout à fait désert, *il brûle le tablier* qui l'avait tant séduit. Cette vue du tablier dévoré par le feu lui procure une volupté si extrême qu'il a une éjaculation immédiate et reste comme en extase.... A dater de ce moment, détériorer, souiller, détruire par le feu ce qu'il recherche pourtant, avec toutes les angoisses d'un amant, devint pour lui un irrésistible besoin. Jamais

il ne songea au coût, cela le laissait tout à fait indifférent.... Il ne se hasarda pas à répéter le vol du tablier pour l'incinérer. Il y songea bien, mais rencontra trop de difficultés dans l'entreprise. Il se rejeta sur un autre genre de *violences* : il se promena dans la foule avec une *fole d'encre* à la main, et, quand il rencontrait la *robe bleue*, objet de son culte fétichiste, il *fallait*, comme il le dit lui-même, qu'il l'aspergeât d'encre. Il employa aussi l'*huile*; il fit usage du *vitriol*, recherchant, en somme, pour s'attaquer à l'objet aimé, tout ce qui tache, souille, dégrade, détruit. Chaque attentat de ce genre lui procurait d'indicibles jouissances et l'orgasme génital complet. Mais le feu qui dévore restait, quand même, l'agent offensif, l'agent destructeur préféré et l'*acte de brûler une robe bleue*, en appliquant sur l'étoffe un cigare allumé, lui procura toujours l'ivresse sensuelle; il s'y livrait avec ardeur lorsqu'il fut arrêté place de la Bourse.

Pierre X... imite donc, dans sa manière de traiter l'objet fétiche, l'individu qui n'a de jouissance sexuelle qu'à la condition de faire ou de voir souffrir l'être que vise sa recherche amoureuse.

L'intérêt véritable de cette observation de sadi-fétichisme réside dans ce fait que le désir est *impersonnel*, sans cesser d'être sexuel. Ce n'est pas la femme qu'aime Pierre X..., c'est telle partie de son vêtement. C'est sur cet objet de son fétichisme qu'il exerce des violences qu'il y a lieu de qualifier de sadiques, car elles sont absolument *représentatives de la cruauté*, dans la *mutilation* qu'elles comportent.

Sur la conclusion de notre rapport, ce singulier perversi sexuel, à la fois *iconolâtre et iconoclaste*, bénéficia d'une ordonnance de non-lieu et fut dirigé sur un établissement spécial.

Il faut reconnaître que ce sadi-fétichisme acquiert une très réelle importance médico-légale, par le fait même d'une assimilation qui s'impose avec le sadi-fétichisme charnel ou corporel. Ici, le caractère pathologique s'affirme, et, dès lors, pourquoi ne s'imposerait-il pas quand, au lieu d'attenter aux choses, il attente aux personnes? Cliniquement, le phénomène est le même, si socialement il s'en différencie par l'écart entre la gravité de l'une et l'autre impulsion. Quand il s'agit d'un crime sadique, il est malaisé de se défendre d'une répulsion. L'opinion publique, surexcitée par l'horreur des détails, trop complaisamment relatés, d'ailleurs, par la presse, crée un tel courant de réprobation indignée que l'entraînement parvient même à se faire sentir sur ceux qui ont la délicate mission de juger, en observateurs impassibles, affranchis des passions de la foule, avec la science pour seul guide.

Il arrive alors, en effet, que les meilleurs esprits se surexcitent,

appellent le châtement le plus impitoyable, rejetant bien loin et comme dédaigneusement toute hypothèse d'une intervention malade dans l'exécution du sadisme sanguinaire qui les révolte.... Aberration, soit, disent-ils, mais l'aberration n'a été si effrayante que parce que le vice lui-même a été sans limites. L'excès même du vice n'est pas la maladie ; il n'est que la démonstration de la profondeur de la déchéance morale où sombre l'être humain, quand il s'abandonne aux pires suggestions de la perversité sexuelle, etc., etc.

On comprend qu'avec de telles dispositions il faille des arguments décisifs. Or, les éléments de différenciation entre les monstruosité du vice et les manifestations horribles de certaines impulsions morbides ne sont toujours pas faciles à saisir et les controverses ardentes sur tel ou tel forfait sadique s'expliquent par là même. On conçoit, dès lors, combien sont précieux certains indices minutieusement notés par l'observation clinique et l'analyse scientifique.

L'enseignement médico-légal qui semble bien se dégager des faits ci-dessus relatés est que la recherche du fétichisme s'impose dans toute affaire de crime sadique. La constatation précise de cette association est de nature à donner à tel cas déterminé sa véritable signification pathologique.

VII. INVERSION GÉNITALE (*Homosexualité, Uranisme*). — Le perversi sexuel, qu'il soit exhibitionniste, fétichiste, sadique, se réclame encore, en dépit de sa déviation, de l'instinct naturel qui pousse l'un vers l'autre deux êtres de sexe différent : il reste plié à la grande loi de l'hétérosexualité. Il appartient seulement à l'inverti de s'y soustraire et de descendre à une substitution véritablement tératologique en ne recevant d'excitation génitale que d'un individu de son propre sexe. Il est à peine besoin de dire qu'il ne saurait être question, ici, que de l'inverti constitutionnel et non du pédéraste vulgaire, individu acquis par démoralisation, par désir de sensations nouvelles, à un vice qui a contaminé divers milieux sociaux, avec une fréquence plus ou moins grande, suivant les pays et l'époque de l'histoire. L'inverti constitutionnel est toujours un malade dont les tendances doivent être irrésistibles, puisqu'il marche dans la vie, dépouillé du sexe qu'il *extériorise* seulement, alors qu'il porte au dedans de lui-même le sexe opposé à celui que son organisation physique affiche. C'est malgré lui et *instinctivement*, — tout en violant l'instinct naturel, — qu'il va vers le sexe semblable. Comment la détermination de cette homosexualité s'accomplit-elle ? Faut-il admettre que l'individu naît, de toutes pièces, avec cette substitution qui fait de lui *une femme dans un corps*

d'homme, suivant une expression caractéristique, dont les termes mêmes sont d'ailleurs discutables ?

Convient-il de voir, là, le fait d'une *hésitation* et, finalement, d'une *ambiguïté anatomique*? Mais, si cette origine était vraiment le résultat d'une erreur embryologique, est-ce que la répercussion de cette origine ne se retrouverait pas, très fréquemment, dans la constitution somatique de l'inverti? Ne rencontrerait-on pas, à tout instant, prise en quelque sorte sur le fait, cette *oscillation* entre le choix embryologique du sexe et les cas d'hermaphrodisme physique ne viendraient-ils expliquer la formation de l'homosexualité? Or, on sait que, le plus ordinairement, l'uraniste est doué de tous les attributs de la plus complète virilité. Il faut chercher ailleurs. La clinique, elle, semble mieux nous guider. Elle nous montre que le phénomène de l'inversion reconnaît, en somme, la même pathogénie que les autres perversions sexuelles et que, là encore, il faut demander surtout à l'émotivité morbide, à la désharmonie fonctionnelle, le secret de la *détermination homosexuelle*. Un choc fortuit est survenu qui, de même que pour toutes les autres obsessions, n'a pris une valeur que par l'état de réceptivité émotionnelle. C'est en souvenir de cette impression forte, avec les représentations mentales dont elle est l'occasion, que l'idée s'impose peu à peu, et que la tendance homosexuelle va acquérir son énergie obsédante et impulsive. Et la chose n'est si attractive, bientôt, que par la *crainte* qui s'y allie. Cette tendance, au temps des imprécisions de la vie génitale, n'a été, d'abord, qu'une sollicitation vague et confuse et dissimulée, en quelque sorte, dans la pénombre de la vie subconsciente. Ce n'est que plus tard qu'elle s'affirmera avec toute la netteté d'un besoin morbide irrésistible.

Tout en tenant compte des variations que peut subir le type clinique (Krafft-Ebing), il importe, avant tout, d'en retenir les véritables signes distinctifs qui l'isolent si nettement du vice. C'est en visant spécialement ce type clinique, qu'on peut définir l'inversion génitale : *une perversion TOTALE de l'instinct génésique, à forme obsédante, et impulsive, impliquant une tendance homosexuelle irrésistible et généralement si exclusive que le sexe semblable est souvent seul capable d'éveiller l'orgasme vénérien.*

Des faits très rigoureusement observés prouvent que, dans l'amour homosexuel, le fétichisme, le masochisme, le sadisme et, même, l'érotomanie peuvent se rencontrer. La jalousie de l'inverti appelle des réactions dont la médecine légale est appelée à s'occuper.

« Il y aurait, écrivait Tardieu, dans ses magistrales études sur *les attentats aux mœurs*, une attention plus sérieuse à donner à l'état

mental de certains individus convaincus de pédérastie et chez lesquels la perversion morale pourrait aller jusqu'à la folie. »

Cette phrase, sous sa forme de conseil traduisant un *desideratum*, indique bien que le célèbre professeur de médecine légale dont la pratique concernant « les affaires de mœurs » fut si étendue, avait entrevu, parfois, au passage, certains dessous pathologiques sur lesquels il y aurait, un jour ou l'autre, à porter un examen approfondi.

Dans l'intervalle de ces vingt dernières années qui nous séparent de l'époque où Tardieu exprimait cette opinion, de nombreux travaux sont venus montrer combien était légitime la prévision ainsi émise. Aujourd'hui, on ne discute même plus guère et il est admis à peu près sans conteste, depuis les études de Westphall, Charcot et Magnan, Brouardel, Lombroso, Krafft-Ebing, Tarnowski, Moll, Paul Garnier, Raffalovich, Lauppts, Dallemagne, Thoinot, Féré, etc., etc., que l'inverti est un malade.

Un enfant de huit à neuf ans qui éprouve une voluptueuse curiosité pour les nudités masculines, ressent une satisfaction singulière lorsque des poils de barbe effleurent sa joue, est autre qu'un enfant vicieux ; on est en droit de dire qu'un tel penchant, surgissant à un âge où il ne peut être le produit de la contamination du vice, relève bien nettement d'une impulsion pathologique.

L'amour morbide homosexuel contenu rigoureusement par l'éducation, les convenances sociales et, au besoin même, par des lois, a pourtant la force de toutes les obsessions impulsives, et, de plus, pour être un instinct dévié totalement jusqu'à l'inversion, il n'en a pas moins l'énergie expansive qui est dans tout instinct. C'est dire qu'il va tendre, malgré tout, à se manifester pour ce qu'il est, en s'affranchissant de la servitude de nos coutumes et de nos règles. Aussi, son histoire médico-légale est-elle féconde en incidents de toute nature. Quel est le médecin qui n'a eu à s'occuper des lamentables aventures où l'inverti constitutionnel, exploité dans sa misère morale, s'est laissé entraîner ! Quel est l'expert qui n'a eu l'occasion de mesurer l'intensité de cette sollicitation homosexuelle sur des malheureux qui, ruinés, déshonorés, déclaraient encore, avec des sanglots, *que c'est plus fort que leur volonté*, et qu'ils ne pouvaient répondre d'eux !

Si foncièrement anormal que soit déjà l'inverti constitutionnel, il peut, pourtant, ajouter encore une aberration à son amour morbide et c'est ainsi, comme nous le remarquons plus haut, que l'observation clinique établit que le fétichisme, le masochisme, le sadisme, voire même l'érotomanie, peuvent se rencontrer dans l'homosexualité.

Pour ce qui est du fétichisme, Krafft-Ebing, Moll, Paul Garnier, notamment, ont cité des faits qui démontrent son intervention dans l'uranisme. Moll a soigné un ouvrier de constitution robuste et de haute stature qui n'était excité que par la vue des formes masculines. Sa plus grande jouissance était de voler le linge, le mouchoir d'un bel homme, d'y envelopper son pénis et de se masturber ainsi. Lorsqu'il n'avait pas de mouchoir à sa disposition, il se livrait à l'onanisme en évoquant l'idée d'un mouchoir d'homme.

Un malade de Krafft-Ebing adorait, dès l'âge de quatre ans, les bottes bien cirées des écuyers et en rêvait pendant son sommeil. Il éprouvait de l'aversion pour l'amour tel que le pratiquent les pédérastes; mais, il présentait, en même temps, d'une façon très nette, les phénomènes de fétichisme et de masochisme envers les hommes. Ainsi, il aimait embrasser les bottes de ses domestiques, les cirer, les ôter de leurs pieds, etc. C'est, du reste, le *fétichisme des bottes* qui paraît être le plus fréquemment observé dans l'amour homosexuel. Moll parle encore d'un homme instruit et haut placé qui persécutait un officier par des lettres incessantes dans lesquelles il demandait principalement *de lui cirer ses bottes*. Le même auteur cite également le cas d'un uraniste qui était attiré vers l'homme si celui-ci portait des *bottines vernies* et des bas noirs....

Le docteur Legras a été chargé avec nous d'examiner il y a quelques années, sur ordonnance de M. Jolly, juge d'instruction, un inverti inculpé d'outrage public à la pudeur. Le prévenu, âgé de vingt-six ans, homme de lettres, appartenait à une excellente famille, qui avait payé un lourd tribut à l'aliénation mentale. Tout enfant, il ne pouvait s'arracher à la contemplation des *bottes vernies*. Homme fait, il n'éprouva aucun penchant pour la femme et ce qu'il avait déjà ressenti, adolescent, se précisa de plus en plus. C'est l'homme qui l'attire, mais seulement *l'homme chaussé de bottes vernies*. Dans des écrits de forme extrêmement bizarre, et avec des détails souvent révoltants, ce jeune homme nous dépeignit ses étranges pratiques. Trop timide, selon lui, pour solliciter l'approche d'un homme, il avait imaginé de se donner l'illusion de cette approche par le jeu de va-et-vient d'une bille introduite dans l'anus. Par représentation mentale, il se figurait être en contact avec un beau jeune homme chaussé de *bottes vernies*. Il faisait de longues stations devant l'étalage des bottiers et s'arrachait avec peine à cette contemplation qui lui procurait une singulière excitation sexuelle. Il serrait, chez lui, avec des soins d'amant jaloux, des bottes vernies dont la vue et le contact amenaient l'orgasme vénérien et, dans son autobiographie, le lyrisme avec lequel il parlait de ses *relations*

avec ses bottes, sa manière de procéder semblent traduire cette idée étrange « qu'il s'accouplait avec ses bottes ».

Il nous fut aisé de démontrer que ce dégénéré psycho-sexuel était un malade; une ordonnance de non-lieu fut rendue en sa faveur et, par les soins de l'autorité administrative, il fut interné dans une maison de santé.

Le *fétichisme du costume*, dont il a été parlé dans un chapitre précédent, n'est pas inconnu dans l'amour homosexuel. Gustave L..., trente-deux ans, domestique, fils d'un père aliéné et frère d'un épileptique, et comitial lui-même, éprouva, à neuf ou dix ans, une *commotion* à sentir sur sa joue la barbe rude d'un homme. Il en ressentit une impression voluptueuse qui fit date dans sa vie et qu'il n'oublia jamais. Un peu plus tard, il chercha à se faire embrasser par des hommes. A treize ans, il eut une autre émotion des plus vives et toujours causée par l'homme. Cette fois, ce qui le séduisit, ce fut le *costume d'ouvrier avec blouse*. Pendant son service militaire, qui fut écourté du fait de la constatation d'attaques d'épilepsie, il put s'assurer que le costume militaire le laissait indifférent. Ce qui l'a toujours et uniquement charmé, jusqu'à l'orgasme génital, c'est le *costume d'ouvrier*. « Une blouse bien portée, nous disait-il, a toujours été mon caprice. » Il finit par s'éprendre d'un ouvrier qui portait bien la blouse. Ce fut une passion absorbante, exclusive. Après des manœuvres d'onanisme réciproque l'ouvrier s'éloigna, prit une maîtresse. Alors, la jalousie de Gustave L... n'eut plus de bornes. Il écrivit à celui qui portait si bien la blouse des lettres suppliantes, puis menaçantes. Ne pouvant plus espérer le ramener à lui, il jura de défigurer celui qu'il aimait, « afin, disait-il, que cette jolie figure, cette bouche si fraîche, ces joues si mignonnes, ce menton fait à ravir, ces yeux adorés ne puissent plaire à d'autres ». De fait, il guetta l'homme à la blouse, et, armé d'un rasoir, il essaya de lui taillader le visage. C'est à l'occasion d'une inculpation de tentative d'assassinat accomplie dans ces conditions que nous fûmes appelé à l'examiner....

Outre le fétichisme du costume chez un inverti, il y avait encore, pour accroître l'intérêt médico-légal de ce fait, un exemple tout à fait net des réactions violentes, des impulsions criminelles que peut engendrer la jalousie de l'uraniste. Sur les conclusions de notre rapport, cet homme, véritable débile de l'intelligence, épileptique, dominé par une perversion sexuelle obsédante et impulsive, exalté par une jalousie angoissante et morbide, fut envoyé dans un asile d'aliénés

Il existe des invertis qui, sans être portés à rechercher l'homme, sont des admirateurs, des contemplateurs passionnés des organes

sexuels: Par exemple, pour le professeur dont Charcot et Magnost ont donné la biographie si intéressante, « la suprême satisfaction était la vue de l'homme nu et surtout de la verge de l'homme. Regarder les parties génitales d'un homme beau et fort avait toujours été pour lui la volupté la plus grande, sans qu'il y ait jamais eu le moindre désir de pénétrer dans l'homme ou d'être l'objet d'un homme ». Cette admiration peut avoir un caractère si aigu et obsédant, qu'elle arrive à produire des actes bien singuliers et fort intéressants pour l'expert. A plusieurs reprises, le Parquet de la Seine nous a chargé de visiter des distributeurs d'images obscènes qui étaient des invertis n'ayant pu garder cette admiration pour eux seuls et s'étaient faits *propagandistes*. Il y a quelques années, un peintre sur porcelaine fut arrêté pour avoir distribué à des enfants des dessins identiques représentant les organes génitaux de l'homme. Il déclara « que c'était plus fort que lui ». Les renseignements fournis sur son compte étaient d'ailleurs excellents et, à part cette distribution en quelque sorte automatique, sa conduite n'avait jamais donné lieu à aucune remarque défavorable. Fils d'une mère hystérique, cet homme avait toujours recherché la solitude, avait toujours fui la société des femmes. Adolescent, il subissait déjà l'attirance vers les nudités masculines. Il en vint à y penser sans cesse, puis à les dessiner comme malgré lui; il s'adressait des reproches, faisait des serments de ne plus retomber dans sa « manie ». Il pensa au suicide, tellement cette obsession le rendait malheureux. Il essaya de « se guérir » en fréquentant une femme. Cela ne tint pas huit jours. Il était frigide. « Mon mal, nous disait-il, est de trouver cela plus beau que tout; mais pourquoi ne me suis-je pas senti la force de garder mon admiration pour moi tout seul! Je sentais que c'était absurde et je recommençais toujours! »

VIII. ÉROTOMANIE. — Dans la folie de l'amour chaste (Esquirol), ce n'est pas la sphère génitale, à proprement parler, qui nous donne l'image de l'aberration amoureuse, c'est l'esprit, c'est l'imagination. Il y a tant de sentiment dans cet amour qu'il ne s'y trouve plus que cela. C'est une sorte de rêve d'adoration et tout se borne à cette adoration mystique. La passion, absolument profonde d'ailleurs, absorbante, exclusive, est affranchie de tout appétit charnel. L'amour est tout intellectuel et plane dans la vague des tendresses éthérées. Non seulement, il est immatériel, mais il va jusqu'à être *impersonnel*. On connaît l'érotomane amoureux d'une ombre, d'un symbole, d'une étoile! Le cerveau postérieur n'a aucune part dans cette activité; le cerveau antérieur y préside seul (Magnost). C'est l'idée qu'exprimait

Esquirol en disant : « Chez l'érotomane, l'amour est dans la tête. » Il est certain que, dans les cas les plus nets, le désir est absolument idéal et rien que cela. L'idée de cohabitation est assez souvent répulsive, en quelque sorte, pour ces êtres maladivement épris. Rien n'est singulier comme l'illusion, grâce à laquelle l'érotomane se persuade que son amour est partagé. Tout est interprété comme une démonstration significative, et si cet idyllique amour ne reçoit pas toute satisfaction, c'est, dans la conviction robuste de l'érotomane, *que les méchants se mettent en travers de cette réalisation*. L'érotomane ne doute pas de l'existence, chez l'être ainsi adoré, d'un état d'âme correspondant au sien.

Généralement, ce rêve amoureux vise haut. C'est souvent *une princesse lointaine* vers laquelle l'érotomane dirige ses mystiques aspirations. D'abord timide et discret, il se dégage, enfin, de l'ombre où il adorait en silence et c'est alors que sa poursuite obsédante fait de lui une personne gênante et souvent dangereuse.

On peut définir l'érotomanie :

« Une forme toute psychique de l'amour morbide dans laquelle la perversion génésique, de nature essentiellement obsédante, pousse irrésistiblement à la recherche de l'objet aimé, suscite des illusions délirantes, en rapport avec le roman pathologique et se dégage de tout appétit charnel.

Il est fréquent que les victimes des incessantes poursuites des érotomanes soient contraintes de demander protection à l'autorité contre les manifestations d'un amour débordant, tour à tour humble, suppliant et menaçant. La situation du médecin que l'administration consulte est souvent fort délicate, car l'érotomane, auquel vient d'arriver cette aventure, proteste de ses bonnes intentions, s'efforce de prouver qu'on a pris peur bien à tort, que ses intentions sont excellentes et que, d'ailleurs, tout est fini et bien fini!... Eh bien, il faut que le médecin sache que de telles promesses, pour sincères qu'elles soient, au moment où elles sont faites, seront rapidement violées par le retour énergique de l'obsession qui ne désarme pas ainsi.... L'érotomane est lucide, mais il n'est pas libre.... Il continuera à aller — l'expérience le prouve — où le pousse son élan amoureux irrésistible. Le plus souvent, il est de toute nécessité de procéder à l'internement. C'est que l'érotomane est surtout tenace parce qu'il est convaincu que « l'être adoré » qu'il poursuit est, *au fond*, dans des sentiments adéquats aux siens et il continue de marcher « dans son rêve étoilé », persuadé que tout s'aplanira à la fin, que les malentendus se dissiperont, etc., etc. Pour toute actrice célèbre, pour toute cantatrice aimée du public, c'est

un des risques de la profession d'éveiller, ici ou là, cet amour tout psychique et nous aurions à citer, ici, des observations nombreuses où « l'amante rêvée » est Mme X... de l'Opéra, Mme Y... du Théâtre Français, etc., etc. Le cas si curieux de l'amoureux de Mlle Van Zandt (Magnan, Paul Garnier) a été trop souvent cité pour que nous jugions nécessaire de le reproduire. L'exaltation chez cet homme, tailleur d'habits de sa profession, qui s'imaginait que l'artiste le visait en chantant, en mettant tant de passion pour traduire un amour qui, sûrement, allait à lui, l'exaltation monta à un tel degré qu'un soir, fou de douleur, en constatant que Mlle Van Zandt ne vibrait pas à l'unisson, il se livra à de telles excentricités à la porté de son hôtel, où il était venu l'attendre, à la sortie du théâtre, qu'il se fit arrêter.... Il s'était muni d'un revolver et préparait un coup d'éclat. Nous dûmes le lendemain le faire diriger sur l'asile Sainte-Anne.

Il y a quelques années, un personnage politique célèbre trouvait à la porte de son domicile, à toute heure du jour, un jeune homme aux allures bizarres qui semblait guetter quelqu'un. Cela dura fort longtemps; puis, des lettres arrivèrent.... L'auteur signait et plaignait l'homme d'État d'en être réduit à l'extrémité de cacher sa fille, de la séquestrer.... Mais les destins s'accompliraient malgré l'attitude de parents barbares. Il savait que Mlle X... l'aimait de la même passion qu'il lui avait vouée depuis longtemps, etc. Des épîtres destinées à la *chère fiancée* étaient débordantes d'amour et pleines d'encouragements à persévérer, à ne pas céder.... Ils seraient bien unis un jour ou l'autre!... Le *père barbare* recevait, en même temps, des menaces... et la poursuite dirigée sans trêve par cet amoureux contre M. X... fut jugée intolérable. On conduisit le jeune homme chez le commissaire et, là, on lui expliqua que son idée de croire à l'amour de Mlle X... était d'autant plus absurde, que M. X... n'avait pas d'enfant. L'érotomane n'en crut rien. Il se remit à monter la garde..., attendant toujours l'*adorée* qu'on lui cachait. On l'arrêta de nouveau et il fallut l'interner. Nous ne pûmes lui persuader qu'il s'était trompé. Non seulement, il avait *imaginé* l'amour, mais son rêve amoureux avait encore créé, de toutes pièces, la jeune fille mystérieuse, séquestrée par ses parents. Quand nous lui affirmions que nous connaissions personnellement le personnage politique qu'il obsédait ainsi et que nous savions qu'il n'avait pas d'enfant et vivait seul avec sa femme, nous n'eûmes de lui qu'un sourire triste et profondément sceptique.

La folie de l'amour chaste peut conduire aux actes les plus extraordinaires. Il y a une dizaine d'années, le Parquet de la Seine nous

chargeait d'examiner une jeune fille appartenant à une famille des plus honorables. Elle avait été arrêtée en flagrant délit de vol dans les magasins de nouveautés. L'observation médico-légale mit au jour des faits étranges. Mlle X... était follement amoureuse d'un jeune Arménien qu'elle avait connu chez ses parents.... Elle lui écrivait depuis longtemps des lettres respirant la passion la plus ardente.... Elle ne demandait rien pour elle. Elle l'aimait éperdument et ne réclamait rien en retour. Sentant chez le jeune homme des goûts de dépense, elle lui envoya de l'argent, des objets de prix, puis, peu à peu, mit au pillage la maison de ses parents.... Elle proposait au jeune homme de lui donner comme maîtresse sa propre femme de chambre à laquelle elle dirait de bien l'aimer. Enfin, ne trouvant plus rien à la maison, et sachant les besoins du jeune homme qui entretenait des maîtresses avec l'argent de « sa chaste amante », elle se décida à voler. Assez longtemps, elle réussit à soustraire des objets sans être surprise. Chose étrange, elle avait soin de dérober de fins objets de lingerie, des vêtements féminins, et rentrée chez elle, fière de son butin, toute à son amour et à la joie de donner, elle s'efforçait de retoucher les objets dérobés pour les mieux adapter à la taille de la maîtresse « charnelle » du jeune homme, changeant ses mesures quand « l'être adoré » changeait sa maîtresse. Elle nous disait en pleurant et en songeant bien plus aux privations que son *cher mignon* allait endurer, qu'à sa situation de prévenue, qu'à la douleur de tous les siens : « Il est si beau, et je l'aime tant.... Pourvu qu'on ne l'ennuie pas, ce trésor adoré! »

Il est fréquent que le prêtre — et il n'est pas nécessaire qu'il soit jeune et beau — soit en butte aux obsessions d'une déséquilibrée érotomane. Simplement assidue d'abord aux offices, elle assiège bientôt le confessionnal. Tout à l'heure, cela ne lui suffira plus. Elle suivra le prêtre comme son ombre, cherchera, sous tel ou tel prétexte, à s'introduire dans sa vie privée.... Elle lui écrit lettres sur lettres. Le ton en est d'abord assez énigmatique et timide; l'aveu de la passion est quelque peu voilé. Mais cette réserve ne dure pas et l'érotomane ne va pas se résigner à un rôle si exclusivement contemplatif.... Elle est ici ce qu'elle est partout ailleurs.... Elle finit par s'exaspérer devant les obstacles qu'on lui oppose, l'indifférence qu'on lui témoigne et, en dépit du caractère sacré de celui qui est l'objet de cet amour chaste, il n'est pas rare que cette exaspération se résolve en menaces et, même, que l'obsédée s'abandonne à des actes violents contre l'être aimé... *qui ne veut pas comprendre*. Dans plusieurs cas que nous ne pouvons citer, faute de place, l'internement a été rendu

nécessaire par les réactions violentes de cette érotomanie, qu'il faut savoir d'ailleurs différencier de l'amour mystique religieux; car la religion n'est point ici en cause, et il ne serait même pas question d'elle, si l'être aimé ne portait pas l'habit ecclésiastique. Pourquoi, dès lors, cet amour psychique s'adresse-t-il au prêtre? Dans quelques cas l'analyse psychologique permet de discerner, en partie, la raison de ce choix.... On arrive à noter un sentiment bizarre fait de cette attendrissante pitié qui est si souvent l'inspiration de l'amour....

Le prêtre voué à une existence chaste a fait, par ce renoncement aux joies de l'amour partagé, le sacrifice le plus cruel.... Il lui est interdit de connaître la douceur des caresses féminines. Il doit vivre solitaire, à tout jamais privé de ces délicatesses infinies dont est susceptible le cœur d'une compagne aimante et fidèle.... Cette situation, ainsi envisagée, a suscité un trouble. L'érotomane y revient sans cesse et ne peut plus en détacher sa pensée, *tellement cela l'émeut*. L'obsession est créée et, tout à l'heure, l'érotomane va se déclarer à elle-même qu'elle ne doit pas se désintéresser de cet *exilé volontaire de l'amour*.... Cette affection féminine qui lui est refusée, *parce que charnelle en son essence*, elle la lui donnera *parce que chaste et pure*. Dès lors, fidèle à ce rôle, l'érotomane prodigue les protestations d'affection, fait bonne garde autour de l'être aimé, surveille ses pas et démarches, épie les personnes qui l'approchent, lui adresse des conseils d'*amante et de mère* et parfois aussi le poursuit d'admonestations sévères. Comme tout sentiment exclusif, cet amour psychique devient rapidement tyrannique, enserrant le malheureux qui en est l'objet dans mille combinaisons étranges. Le danger grandit. En dépit de la pureté de ses sentiments et de ses intentions, l'érotomane qui ne s'appartient plus, en arrive à adopter une attitude violente qui rend son internement nécessaire.

IX. *Conclusions médico-légales*. — Entre toutes les obsessions impulsives, il faut mentionner celles qui ont rapport aux anomalies de l'instinct sexuel parmi les plus impérieuses, les plus irrésistibles. Pour être déviée, la fonction n'en a pas moins les exigences d'un instinct. Aussi bien, la destinée de beaucoup de pervers sexuels est-elle d'aboutir à la satisfaction de l'appétit morbide et de se heurter aux lois qui ont pour but le maintien des bonnes mœurs, la garantie de la morale et de la sûreté publique.

Comme c'est un sentiment commun que, dans une société bien organisée, on ne saurait être trop strict pour assurer cette protection, la justice ne se fait jamais plus sévère qu'en matière d'outrage et d'at-

tentat à la pudeur. Mais l'appréhension d'un châtement ne saurait être suffisante pour refréner une impulsion pathologique et la preuve de cette inefficacité est fournie, à tout instant, par des faits démontrant que des pénalités accumulées s'abattent sur le perversi sexuel sans le modifier en rien.

Si l'état psycho-moral d'un prévenu doit être l'objet d'une attention particulière, c'est bien quand l'inculpé est appelé à répondre d'un délit contre les bonnes mœurs, d'un crime empreint de fureur sexuelle. Il faut reconnaître que beaucoup de magistrats inclinent à le penser aussi, et l'un d'eux, au Congrès d'anthropologie criminelle de Bruxelles (1892), n'hésitait pas à déclarer que tout prévenu de ce genre doit être soumis à l'examen d'un médecin.

La préoccupation de l'expert devra être, ici comme ailleurs, du reste, de vérifier si l'état du sujet peut être juxtaposé à l'un des types connus de perversion sexuelle, et si ce rapprochement peut être légitimement établi, il n'hésitera pas, étant en face d'un malade, à le déclarer irresponsable, par application logique de l'article 64 de notre Code pénal qui attribue cette irresponsabilité à l'individu *contraint par une force à laquelle il n'a pu résister*.

Les perversis sexuels exhibitionnistes, fétichistes, sadiques, invertis, érotomanes, présentent des caractères distinctifs qui permettent au clinicien de les différencier des individus simplement vicieux. C'est à l'asile et non à la prison qu'il faut envoyer ces obsédés impulsifs, et le caractère odieux des attentats accomplis par certains d'entre eux ne doit pas faire oublier la nature pathologique de l'acte.

Il est rare, d'ailleurs, que la perversion sexuelle soit le seul syndrome observé chez un dégénéré. L'enquête a, le plus souvent, pour résultat de révéler d'autres manifestations épisodiques; le syndromique est surtout un polysyndromique, et lorsque l'observation médico-légale a pris note de tout cet ensemble de signes précis, ce n'est plus seulement une opinion qu'on a fournie au magistrat, c'est une démonstration.

DISCUSSION

M. RÉGIS, s'appuyant sur le cas de Jean-Jacques Rousseau, affirme que si le passivisme s'associe au fétichisme, on trouve aussi le masochisme associé au passivisme et au fétichisme; il cite le cas d'un homme qui demandait aux femmes de le traiter comme un enfant, de lui mettre des bas noirs et des pantoufles d'une forme spéciale, puis de le mettre en pénitence; avec cela, il se livrait à la masturbation dans les confessionnaux. La responsabilité des obsédés diffère d'ailleurs de celle des impulsifs. Ces derniers tendent à l'acte, alors que les premiers restent souvent

exclusivement psychiques ; cependant il y a chez eux tous les degrés et leur propre responsabilité est très diverse, selon la gravité de leur état. Un autre malade, étant enfant, vit donner une fessée à sa sœur âgée de quinze ans ; devenu sadiste, il ne rêve que de scènes de fustigation de femmes et passe son temps à dessiner de telles scènes, mais son sadisme reste uniquement idéal, symbolique et platonique, et n'est pas encore passé à l'acte. D'accord avec MM. Magnan et Garnier, je crois que ces faits évoluent sur un terrain dégénératif ; en tout cas, si l'appoint alcoolique les fait naître ou les pousse aux actes, il faut aussi admettre un appoint névropathique, hystérique et épileptique, ayant la même influence ; donc, dégénérescence, plus appoints morbides.

M. Paul GARNIER. — C'est le substratum émotif et le caractère morbide syndromique complet qui établit l'irresponsabilité.

M. RÉGIS. — Certains malades disent pourtant eux-mêmes qu'à la rigueur ils pourraient résister.

M. GARNIER. — Il faut se défier de ces restrictions apportées par les malades eux-mêmes, car ils cherchent à se réhabiliter devant le médecin, craignant d'être traités en aliénés.

LA PROSTATE DANS SES RAPPORTS AVEC LES PERVERSIONS SEXUELLES¹

par M. J. F. SUTHERLAND

« Commissioner in lunacy » pour l'Écosse, à Edimbourg.

Beaucoup d'attentats à la pudeur ne parviennent pas à la connaissance des autorités criminelles, le public hésitant à les dénoncer et même à s'en occuper ; néanmoins le nombre de ces attentats semble en croissance dans la plupart des pays. En Grande-Bretagne, pour les dix dernières années, l'augmentation a été de 10 pour 100. On a prétendu que c'était le résultat d'une civilisation trop avancée et des circonstances qu'elle entraîne à sa suite. Il est difficile de savoir si cet accroissement est dû, en tout ou partie, à la législation nouvelle et à ses règlements plus sévères. En Grande-Bretagne la proportion des principaux crimes et délits est la suivante :

Attentats à la pudeur	5,7
Violences.	6,9
Attentats contre la propriété avec violence	26
Vol	206

Au cours de ma pratique professionnelle j'ai été sérieusement frappé du défaut de rectitude mentale que présentent beaucoup de perversis sexuels, et, dans un certain nombre de cas, j'ai pu noter,

1. Traduit de l'anglais par M. René Semelaigue.

chez des individus qui s'étaient rendus coupables d'attentats à la pudeur, en plus d'un état psycho-pathologique, des désordres morbides de la zone érogène, désordres qui non seulement nous montrent la cause et l'effet, mais encore seraient suivant moi la source et l'origine de l'acte délictueux. Lorsqu'on se trouve en présence d'un homme qui, jusqu'à 45, 60 ans ou même au delà, a mené une vie pure et sans tache, et tout à coup, sans souci de son honneur, de sa situation et des conséquences, commet un attentat contre une femme ou un enfant, il est urgent de faire une enquête approfondie; on verra de quelle manière le prévenu envisage son acte, et cet acte, en dépit de sa découverte et des suites qu'elle entraîne, ne reste jamais unique; on examinera les organes de la génération, on recherchera leurs altérations possibles au double point de vue de la structure et de la fonction. Un tel examen, toujours important, sera souvent concluant. Qu'il me soit permis de rapporter deux ou trois de mes observations personnelles :

1° Un clergyman, 65 ans; marié, femme vivante; famille honorable; conduite jusque-là irréprochable. Atteint de constipation, avec hémorroïdes, troubles vésicaux, hypertrophie de la prostate. Aucun désir de relations conjugales ou de coït. Commet un attentat sur des filles adultes.

2° Homme respectable, 60 ans. Histoire à peu près semblable. Ses victimes sont des petites filles. Il se contente de toucher leurs parties génitales. Leur donne un peu d'argent, des bonbons, et les adjure de ne rien dire: folle demande puisqu'elle n'est jamais tenue. Ses amis, prévenus, se chargent de veiller sur lui. Il présente aussi de l'hypertrophie de la prostate et de la constipation. Pas de désir des relations conjugales ou du coït naturel.

3° Homme de réputation plutôt mauvaise; 45 ans. Flânait dans les jardins publics et attirait les petites filles par l'appât de quelques pièces de monnaie. Rétrécissement de l'urèthre consécutif à un écoulement, hypertrophie de la prostate, troubles de la miction. Touchait ses victimes et les violait avec les doigts.

Dans cette communication, je me bornerai à démontrer l'existence, chez ces pervers sexuels prévenus d'attentats contre des femmes ou des enfants, de lésions de la zone érogène et d'un état psycho-pathologique causé par une prostate altérée dans sa structure et ses fonctions. Avant de poursuivre, je vous engage à vous reporter aux statistiques qui concernent: 1° tous les crimes d'ordre sexuel et particulièrement les attentats à la pudeur; époques, saisons, récidives; les rapports avec la folie, le suicide, le crime: 2° le grand nombre de ces délinquants qui deviennent aliénés après la condamnation et au cours

de la détention ; 5° l'état pathologique de la prostate au point de vue structure et fonctions, et l'existence probable d'un état psycho-pathologique ignoré. Il est possible, avec nos faibles connaissances actuelles, de prouver que ces attentats contre des femmes et des enfants peuvent aussi bien être le produit d'une maladie physique ou mentale, et parfois des deux, qu'un crime pur et simple, fruit de la dépravation, comme le croient aujourd'hui tous les juristes et nombre de psychologues. En recherchant la période de la vie où se commettent les crimes sexuels (pour l'Angleterre), nous trouvons 25 pour 100 à 40 ans et au delà, 15,7 pour 100 à 50 et au delà. Pour les divers attentats à la pudeur, 27 pour 100 à 40 et au delà ; viol 10 pour 100. De 21 à 50 ans, le viol atteint le pourcentage exceptionnellement élevé de 46, tandis que les auteurs d'attentats à la pudeur sur des femmes ou enfants ne sont que de 20 et 50 pour 100.

L'étude de la répétition de l'acte délictueux n'est pas moins suggestive. Sur 609 délinquants sexuels, 70 pour 100 n'avaient pas encore été condamnés ; sur les autres, 65 avaient subi au moins deux, et 22 au moins cinq condamnations.

L'effet des saisons sur les crimes sexuels ou autres, comme sur la folie ou le suicide, n'est pas moins digne de remarque. Les crimes, en Angleterre, atteignent leur maximum de fréquence au cours des mois les plus chauds.

Les admissions dans les asiles atteignent leur maximum pendant les mois de juillet, juin, mai, avril (surtout mai), et diminuent avec les mois froids, février représentant le minimum ; par contre les crimes contre la propriété atteignent leur maximum pendant les mois d'hiver.

Il serait intéressant d'étudier les admissions d'aliénés criminels à Broadmoor et aux asiles des bourgs et comtés d'Angleterre. Sur 219, 7 pour 100 se rapportaient à des crimes sexuels, 25 pour 100 à des crimes de violence, 7 pour 100 à des crimes contre la propriété avec violence, et 27 pour 100 aux mêmes crimes sans violence. Parmi les délinquants sexuels, 51 pour 100 avaient été reconnus aliénés avant leur incarcération, 69 après ; parmi ceux coupables de violences, 86 pour 100 avant, 14 pour 100 après ; parmi ceux convaincus de crime contre la propriété avec ou sans violence, 17 pour 100 avant, 85 après. Ce qui frappe le plus, c'est le très large pourcentage — 69 — des délinquants sexuels qui devinrent aliénés après leur incarcération, preuve de désordres mentaux ignorés, mais antérieurs au jugement et à la condamnation.

La littérature concernant les rapports de la prostate et de la perver-

sion sexuelle est peu fournie ; le sujet n'est même que signalé dans les livres spéciaux. Ainsi Erichsen (p. 1144, 10^e édition) dit que l'irritation d'une prostate congestionnée et hypertrophiée peut provoquer chez les personnes âgées des idées libidineuses ; d'où perpétration d'actes indécents (exhibition, attentats sur des enfants), ou perversion générale du sens moral. Jusqu'ici les neurologistes ne semblent guère avoir insisté sur ce point que les altérations dans la structure et la fonction avec hypertrophie de la prostate, et la perversion sexuelle sont en relation de cause à effet. Par suite des altérations de structure et de fonctions, la sécrétion se trouve modifiée. La pathologie admet aujourd'hui que certaines glandes, principalement celles qui ne possèdent pas de canal (corps thyroïde, thymus, capsules surrénales), mais aussi celles qui en sont pourvues (pancréas), ont une sécrétion tant interne qu'externe, dont la première présente une grande importance au point de vue physiologique. L'existence de ces sécrétions internes a été démontrée pour le corps thyroïde, le pancréas et les capsules surrénales, et il est fort probable que les autres glandes sont douées de fonctions similaires. Ces sécrétions internes prennent une part active, mutuelle et réciproque, à l'équilibre général, à la santé de l'individu. Les effets dépressifs que détermine chez la femme l'enlèvement des ovaires sont bien connus des gynécologues ; de même chez l'homme, l'ablation des testicules provoque une profonde dépression (courage, ardeur, virilité). Souvent, après la castration, les chirurgiens observent un état démentiel. Nombre de praticiens, observateurs expérimentés, ont rencontré de ces perversis sexuels dont nous parlons. L'âge varie de 45 à 60 et au delà. Vers la 55^e année, il se produirait chez l'homme quelque chose de semblable aux troubles de la ménopause qui surviennent une dizaine d'années plus tôt chez la femme. Il est vrai que ce phénomène ne se montre que chez un nombre d'hommes plutôt restreint, et ces sentiments sexuels à forme morbide me paraissent coexister avec un état pathologique de la prostate (hypertrophie, altérations glandulaires). Il est probable (et ici je tiens à exprimer tous mes remerciements au D^r George Hunter, d'Édimbourg, physiologiste et psychologue, dont l'aide m'a été précieuse pour préparer cette communication, et dont les vues sur le sujet sont entièrement les miennes) que les matières morbides résorbées ont une affinité de sélection toute spéciale pour les centres corticaux et spinaux qui président aux fonctions sexuelles. Il y aurait donc auto-intoxication, et la responsabilité des malheureux qui subissent cette influence morbide serait dès lors bien légère, pour ne pas dire douteuse.

Les vues exposées dans cette communication ne sont sans doute

qu'une simple esquisse, un peu fruste peut-être ; mais en dépit de nos connaissances restreintes sur les fonctions de la prostate, tant saine que malade, cette conception se développera, grâce aux progrès de la physiologie, de la chimie, de la psychologie, de la pathologie et de la neurologie.

Évidemment ce n'est là qu'une théorie, et l'on peut dire qu'il y a des hommes âgés qui ne présentent pas d'hypertrophie de la prostate et sont des perversés sexuels, et que d'autres, avec prostate hypertrophiée, n'offrent pas cette perversion.

Bibliographie.

- MAGNAN. *Annales d'hygiène*, 1890.
 MAGNAN. Obsession criminelle morbide.
 KRAFFT-EBING. *Psychopathia sexualis*. Vienne, 5^e Congrès d'Anthropologie criminelle.
 GARNIER. Anomalies sexuelles. Paris.
 LEGRAND DU SAULLE. *Annales méd.-psych.*, Paris.
 TARDIEU. Des attentats aux mœurs. Paris.
 PITRES et RÉGIS. Des obsessions, 1897. 12^e Congrès Internat. de méd. Moscou.
 LOMBROSÒ. *L'uomo delinquente*. Turin.
 LASÈGUE. Les exhibitionnistes. *Union méd.*, 1887.
 VON OETTINGENS. *Die moral Statistik*. Berlin.
 MOTET. Les coupeurs de nattes. *Annales d'hygiène*, 1890.

COMMUNICATIONS DIVERSES

UNE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE CERTAINES PHOBIES

par M. P. HARTENBERG

de Paris.

M. Hartenberg expose la méthode de traitement qui lui a donné les meilleurs résultats contre les phobies inhibitoires, c'est-à-dire contre ces peurs qui ont pour objet un acte volontaire et dont l'effet est de contrarier ou d'empêcher l'exécution de cet acte.

Le traitement se divise en deux périodes. La première période, d'une durée de une semaine à un mois et plus, est consacrée à une thérapeutique générale du système nerveux. Traitement de l'affection générale (artério-sclérose, bradytrophie, etc.) ou locale (estomac, foie, organes génitaux, etc.) ; régime alimentaire sévère, hydrothérapie sous forme de lotions et de bains, électricité statique ou fara-

dique ; comme médicament, l'opium ; et enfin vie de repos, et au besoin *séjour complet au lit* : telles sont les principales pratiques de cette période, au bout de laquelle *on assure au malade que son état nerveux général, qui constitue l'élément important, étant guéri, la phobie, qui n'est que secondaire, aura disparu d'elle-même*. De cette phobie, *on n'en parle jamais au malade*, on évite qu'il en soit parlé devant lui, on écarte de lui tout ce qui pourrait la lui rappeler.

Durant la seconde période, le rôle du médecin consiste à faire accomplir au malade, sous sa direction, des *exercices d'accoutumance à la phobie*. Il l'accompagne dans le lieu et dans les conditions où la peur se déchaîne, et par des stimulations persévérantes, l'oblige à faire, malgré l'émotion, l'acte redouté. Les premières épreuves, reprises chaque jour, sont en général difficiles et pénibles ; mais au bout de quelques séances, l'appréhension et l'inhibition diminuent en même temps que reviennent la confiance et l'espoir. Au bout d'une dizaine de jours, le patient est souvent capable d'affronter la peur tout seul et il n'est pas rare qu'au bout de deux semaines il soit guéri au point d'accomplir l'acte redouté sans trace d'émotion. Pendant toute cette seconde période, de même que pendant la première, *il n'est jamais parlé de la phobie* dans l'intervalle des exercices.

Cette méthode présente deux grands avantages. Le premier, c'est que *le traitement s'attaque, non à l'idée de la phobie, mais à l'émotion de la phobie*, qui en constitue l'élément prépondérant. La tactique ne consiste pas à empêcher d'avance, par des paroles rassurantes, la production de la peur, mais à combattre les effets morbides de cette peur, l'inhibition et la retraite du malade, au moment même où elle se déchaîne. Il faut que le malade agisse malgré sa crainte. Et c'est chose étonnante comme l'émotion cède vite à l'accoutumance ; chaque essai qui réussit contribue à rendre au malade confiance et espoir.

C'est donc en réalité dans la seconde période que commence véritablement le traitement de la phobie. Mais ce traitement a lieu à l'insu du malade.

Et tel est le second avantage de la méthode : c'est *qu'on combat la peur sans en parler*. Loin d'attirer l'attention sur son objet, on l'en détourne au contraire et on s'oppose ainsi à la tendance à l'obsession.

En revanche, la méthode présente l'inconvénient d'obliger le médecin à des déplacements souvent incommodes pour suivre le malade sur le terrain de sa phobie (voiture, chemin de fer, bateau, chant, etc.). Néanmoins, quand les autres moyens auront échoué, il sera indiqué de recourir à cette méthode, qui semble être le procédé de choix dans le traitement de certaines phobies inhibitoires.

**DE LA SUGGESTION HYPNOTIQUE ET DE LA PSYCHOTHÉRAPIE
DANS LE TRAITEMENT DE LA MORPHINOMANIE**

par M. le docteur BÉRILLON,

de Paris.

La psychothérapie, c'est-à-dire l'emploi de la suggestion hypnotique, ayant pour base la rééducation systématique de la volonté, permet, dans la majorité des cas, d'arriver à la guérison de la morphinomanie, aussi bien que des diverses intoxications chroniques, sans avoir recours à l'isolement des malades dans un établissement spécial.

Le traitement psychothérapique comprend quatre périodes distinctes :

1^o PÉRIODE DE PRÉPARATION AU TRAITEMENT. — La première partie de cette période sera consacrée à l'examen psychologique du sujet. On procédera ensuite à l'entraînement hypno-suggestif. Plus on rendra le malade suggestible et hypnotisable, plus il sera facile de diriger le traitement. Les premières suggestions devront tendre à réaliser la rééducation de la volonté et à préparer le malade à la lutte qu'il devra soutenir pendant le cours de la démorphinisation.

La durée de cette période préparatoire est d'environ quinze jours.

2^o PÉRIODE DE DIMINUTION GRADUELLE DE LA MORPHINE. — Après une quinzaine de jours d'entraînement à l'hypnotisation, le malade, conscient de l'amélioration qui s'est manifestée dans son état mental, accepte facilement l'idée de la démorphinisation graduelle. Dès ce moment, le séjour complet au lit lui sera imposé. L'entrée de la chambre du malade ne sera permise qu'aux personnes désignées par le médecin. Par ce fait, le malade se trouve placé dans un isolement relatif.

Par la suggestion hypnotique, on obtient également que le malade abandonne au médecin le soin de faire les piqûres.

Dans ces conditions, la suppression graduelle s'effectuera régulièrement d'après le programme accepté par le malade lui-même. Aucune dissimulation ne lui sera faite de la dose réelle qui lui est administrée. Dans cette période, l'emploi de la suggestion hypnotique facilite la diminution en soutenant l'énergie du malade et en atténuant les sensations de l'état de besoin. La durée de cette période varie de deux à trois semaines.

3^o PÉRIODE DE SUPPRESSION COMPLÈTE. — Lorsque le malade ne

prend plus que quelques centigrammes de morphine par jour, le malade, obéissant à la suggestion, fixe le jour de la suppression.

En prévision des troubles mentaux qui accompagnent toujours cette suppression, le malade devra être placé sous la surveillance constante d'un médecin ou d'un interne secondés par des gardes expérimentées. Cette surveillance est facilitée par le séjour au lit auquel le malade s'est accoutumé dans la seconde période. Pendant la période de suppression, le malade sera, autant que possible, maintenu dans l'état de sommeil provoqué. Les narcotiques, employés par la voie buccale ou rectale, les anesthésiques (éther, chloroforme) constituent d'excellents adjuvants à l'hypnotisme. L'emploi de la suggestion diminue d'une façon appréciable la durée des troubles mentaux. Elle dissipe les nombreuses manifestations hystériques qui se manifestent avec intensité pendant les jours qui suivent la suppression ; elle permet au malade de réagir contre des défaillances morales passagères, et surtout elle fortifie l'autorité morale du médecin. La troisième période est assez courte pour les malades chez lesquels la suppression graduelle a été faite d'une façon régulière. Elle est d'environ une semaine.

4^e PÉRIODE DE CONVALESCENCE. — La période de convalescence est d'autant moins longue que le traitement a été effectué avec plus de méthode. Pendant un certain temps, le traitement hydrothérapique devra être continué. Le malade sera soumis à une séance quotidienne de suggestion hypnotique. On devra y joindre des exercices d'entraînement psycho-mécanique destinés à reconstituer son énergie physique et morale. Des suggestions appropriées auront pour but d'inspirer le dégoût de la morphine et la répulsion pour les piqûres, de réaliser la guérison des troubles hystérimorphes et, enfin, de faciliter la restauration de la fonction menstruelle chez la femme.

En résumé, l'emploi de la suggestion hypnotique constitue un adjuvant des plus efficaces dans le traitement de la morphinomanie.

Il permet de réaliser des guérisons complètes dans des cas où l'emploi des autres traitements n'avait donné que des résultats insuffisants.

La séance est levée à midi.

MERCREDI 8 AOUT*Séance du soir.*

Présidence de sir JOHN SIBBALD

SOMMAIRE. — Traitement de la masturbation par l'hyoscine, par MM. MAIRET et ARDIN-DELTEIL. — Rôle du chirurgien dans les asiles d'aliénés, par M. Lucien PICQUÉ. Discussion: MM. GIRAUD, PICQUÉ. — La famille des paralytiques généraux, par MM. Ch. VALLON et M. WAHL. Discussion: MM. RÉGIS, TOULOUSE, VALLON. — Note sur un campylogramme crânien, par MM. BLIN et SIMON. Discussion: M. Marcel BRIAND. — Le placement familial des aliénés. Le système écossais, par M. G. F. SUTHERLAND. Discussion: sir JOHN SIBBALD, MM. FLETCHER BEACH, MARIE, BAJÉNOFF, SUTHERLAND, DOUTREBENTE, TOULOUSE, GIRAUD, KÉRAVAL. — Les formes pathologiques de la rougeur émotive, par M. P. HARTENBERG. — Des hallucinations visuelles complémentaires chez les amputés, par M. Pierre PARISOT. — Note sur le délire consécutif aux brûlures, par M. E. RÉGIS. — De l'idiotie morale et de sa fréquence dans la descendance des aliénés, par M. Daniel BRUNET.

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

TRAITEMENT DE LA MASTURBATION PAR L'HYOSCINE

par MM. MAIRET et ARDIN DELTEIL.

L'onanisme est une des plaies dont on se débarrasse le plus difficilement dans les asiles d'aliénés. Les imbéciles, les idiots, s'y adonnent souvent avec fureur, et nombre d'aliénés se livrent à ce triste vice qui ne manque pas de compromettre parfois leur guérison.

Nous nous sommes trouvés en présence de cas où la masturbation était portée à un degré tel qu'il y avait pour nous indication formelle à tenter de la supprimer, autant dans l'intérêt de ceux qui s'y livraient, que dans un but de prophylaxie morale.

Trois surtout de nos malades exigeaient impérieusement que l'on mit le holà à leurs pratiques.

Le premier est un type d'imbécile moral pour lequel la peur du gendarme synthétise les notions du bien et du mal. Masturbateur effréné, pédéraste même, il a encouru plusieurs condamnations pour attentats à la pudeur. Il existe chez lui une véritable hyperesthésie génitale :

à la vue d'une femme, il entre aussitôt en érection et court se cacher pour se masturber plus à son aise. D'ailleurs, en dehors de toute excitation génésique à point de départ extérieur, il se masturbe régulièrement plusieurs fois par jour, trois fois au minimum.

Le deuxième est un vieil hypochondriaque avec affaiblissement intellectuel, qui était connu dans tout le quartier des hommes pour ses habitudes honteuses ; il constituait même un véritable danger pour nos jeunes malades qu'il poursuivait toute la journée pour les masturber ou obtenir d'eux le même office. Malgré une surveillance très active, on éprouvait les plus grandes difficultés à les préserver de ses entreprises pédérastiques.

Le troisième malade est une femme, atteinte de folie des persécutions avec perversions sensorielles, dont les débordements génésiques pratiqués ouvertement, en pleine section, dans des postures obscènes, causaient un véritable scandale.

Chez ces trois dépravés, aucun des moyens usités en pareil cas n'avait réussi. L'idée nous vint fortuitement d'expérimenter les alcaloïdes fournis par la jusquiame, dont les propriétés anaphrodisiaques sont connues.

Nous nous adressâmes à l'hyoscine. Elle nous donna, dès les premières tentatives, des résultats si nets et si persistants, que nous décidâmes de nous assurer plus complètement de son efficacité.

Dans ce but, nous entreprîmes alors une série d'essais assez concluants pour que nous nous permettions de les présenter aujourd'hui au Congrès.

Nous étudierons successivement :

- 1° Les effets thérapeutiques de l'hyoscine.
- 2° La posologie et le mode d'administration.
- 3° Les effets physiologiques.

Effets thérapeutiques. — 25 malades, y compris ceux dont nous venons de parler, ont été soumis à un traitement consistant en injections hypodermiques d'hyoscine.

Ces malades étaient réunis dans chaque quartier dans une même section, et soumis à une étroite surveillance de jour et de nuit. Cette surveillance a été maintenue depuis sans s'être relâchée.

Les effets physiologiques de l'hyoscine étaient observés avec le plus grand soin par nos dévoués internes, MM. Rigaux, Pagès, Gailhard, Triol et Rouvière, qui avaient bien voulu se charger de faire les injections.

Quatre de ces malades (quatre femmes) doivent être éliminées. Elles

nous avaient été désignées comme masturbatrices alors qu'elles n'étaient en réalité que des érotiques, sans manœuvres physiques. Elles se complaisaient à embrasser les autres malades sans dépasser les bornes du platonisme le plus tolérable. Dans ces cas, les injections d'hyoscine n'ont amené aucun résultat ; les malades ont conservé leur manière d'être antérieure, mais toujours exempte de pratiques d'onanisme.

Chez les 19 autres malades, l'excitation génésique se traduisait par des besoins et des pratiques physiques souvent portées à un extrême degré, sans atteindre cependant jusqu'au satyriasis et à la nymphomanie.

Ils se répartissent en trois groupes au point de vue des effets de l'hyoscine :

1° Malades chez lesquels les pratiques d'onanisme ont complètement disparu pendant plusieurs mois.

2° Malades chez lesquels la disparition des mauvaises habitudes n'a été que temporaire, avec toutefois une atténuation lorsqu'elles ont reparu.

3° Malades chez lesquels les résultats ont été incomplets, ou nuls.

Premier groupe. — Comprend 12 malades.

Chez quatre d'entre eux, on n'a cessé les injections d'hyoscine qu'il y a un mois seulement ; depuis ce moment, plus trace de masturbation. Deux de ces derniers sont des hystériques, avec vague intellectuel et délire hallucinatoire à direction de délire des persécutions ; les deux autres sont des débilés intellectuels avec surexcitation maniaque intermittente.

Chez les huit autres, la suppression des injections d'hyoscine remonte à plus de huit mois. Chez six d'entre eux, on n'a plus observé depuis lors de pratiques d'onanisme ; cependant les malades sont restés dans le même état psychique (ce sont : deux folies des persécutions avec perversions sensorielles ; une folie psycho-sensorielle avec hallucinations de la vue à direction génésique, avec idées de persécution et de grandeur ; une folie névro-alcoolique à direction de délire des persécutions et de grandeur avec perversions sensorielles ; et enfin, deux épileptiques, dont l'un est idiot et l'autre imbécile). — Chez les deux autres, au bout du quatrième mois environ, les mauvaises habitudes sont revenues, mais dans des proportions bien moindres qu'au début. Ces deux malades sont l'un, cet imbécile moral qui se masturbait au moins trois fois par jour, l'autre ce pervers génésique, que nous avons cité au début de cette note.

Deuxième groupe. — Comprend 6 malades ainsi répartis :

Une manie avec agitation; trois démences secondaires; une épileptique avec arrêt de développement intellectuel; un hétérophrénique. Chez tous ces malades, l'hyoscine a fait disparaître la masturbation; mais cette disparition n'a été que passagère. Au bout de quelques jours, les mauvaises habitudes se sont reproduites; de nouvelles injections les ont fait de nouveau disparaître, mais toujours passagèrement.

Mais, alors même que la masturbation se reproduisait, on notait qu'elle était fortement diminuée; les malades ne se masturbaient plus que rarement.

Troisième groupe. — Chez un seul malade, atteint de folie infectieuse survenue au cours d'une dothiéntérie, et se traduisant par une agitation maniaque intense, avec parlottage continu et tics nombreux, les effets thérapeutiques de l'hyoscine sont demeurés nuls, bien que, dans ce cas, les doses aient été portées très haut, jusqu'à produire des effets toxiques.

Posologie. — Mode d'administration.

Dans tous les cas, l'hyoscine a été administrée par voie hypodermique. Nous employons une solution au 1/2000^e ainsi formulée :

Hyoscine.	1 centigramme.
Eau distillée bouillie.	20 centimètres cubes.

Un centimètre cube de cette solution contient un demi-milligramme d'hyoscine.

La solution doit être renouvelée assez fréquemment, car elle s'altère rapidement et perd alors la plus grande partie de son activité.

Une injection était faite quotidiennement aux malades en traitement. Étant donnée l'extrême toxicité de cet alcaloïde, et en prévision d'idiosyncrasies possibles, la première injection pratiquée était de un demi-centimètre cube (un quart de milligramme); dès la deuxième, la dose était portée à un centimètre cube (un demi-milligramme) et l'on augmentait ainsi progressivement en tâtant les susceptibilités individuelles, jusqu'à dose efficace, sans dépasser une limite que nous indiquerons tout à l'heure. En procédant de la sorte avec prudence, nous avons pu dans un cas porter les doses jusqu'à près de cinq milligrammes, et les maintenir pendant plusieurs jours avant de voir apparaître des phénomènes d'intolérance.

D'une manière générale, les doses efficaces oscillent entre un demi-milligramme et un milligramme et demi. Exceptionnellement, il a été

nécessaire de pousser jusqu'à *deux milligrammes*, dose à laquelle on voit ordinairement se produire des effets toxiques. Cette dernière dose est, croyons-nous, la dose maxima que l'on ne doit pas dépasser. Lorsqu'à cette dose le médicament n'agissait pas, il n'agissait pas davantage à des doses plus élevées.

Dès la troisième ou la quatrième injection (de trois quarts de milligramme à un milligramme), l'hyoscine fait sentir ses effets. Les habitudes de masturbation s'amendent ordinairement dès ce moment, et parfois même disparaissent complètement. Mais, si on interrompt les injections dès les premiers signes d'amélioration, on ne tarde pas à voir l'onanisme reparaitre dans les jours suivants. *Aussi, pour obtenir un résultat durable, faut-il continuer les injections pendant plusieurs jours de suite, de douze à quinze en moyenne, en se maintenant pendant les premiers jours à la dose pour laquelle les accidents avaient commencé à s'amender, et pendant les jours suivants, à une dose inférieure, pour éviter une accumulation médicamenteuse et des phénomènes toxiques.*

Effets physiologiques. — Dans la plupart des cas, nous n'avons eu aucun effet physiologique, et cependant, dans l'un d'entre eux, nous avons porté les doses progressivement de un quart de milligramme jusqu'à deux milligrammes et demi, et cette dernière dose a été maintenue pendant plusieurs jours consécutifs.

D'autres fois, nous n'avons constaté qu'un sommeil passager survenant immédiatement après l'injection et s'accompagnant, au réveil, d'un état de vague pendant lequel le malade paraissait complètement désorienté.

D'autres fois, les accidents ont été plus marqués et se sont traduits par des troubles qui ont de nombreux points communs avec ceux produits par l'atropine. Un état vertigineux envahit peu à peu le sujet, et s'accompagne d'une angoisse marquée. La démarche devient titubante, les jambes sont molles, flasques, se dérobent sous le malade, qui est obligé de s'asseoir ou de s'allonger; la tête lui tourne, sa vue se trouble. En même temps il éprouve une vive sécheresse de la gorge, une sensation de soif ardente; parfois une vive douleur épigastrique, et quelques vomissements. La face pâlit, les yeux deviennent fixes, une dilatation pupillaire marquée apparaît rapidement et imprime au regard un caractère étrange. Le pouls est petit, rapide, irrégulier. Cet état peut, dans quelques cas, aller jusqu'à la lipothymie.

Mais ces accidents sont plus tapageurs que graves. Le repos, le décubitus horizontal, quelques tasses de café concentré ou de thé,

additionnées d'un peu de rhum ou de cognac, quelques frictions sèches et même, au besoin, une injection hypodermique de caféine, suffisent pour les faire disparaître en quelques heures quand ils ne s'effacent pas d'eux-mêmes. Seule, la mydriase se maintient encore pendant plusieurs jours.

Pareils troubles doivent être exceptionnels. Lorsqu'on suit une marche prudente, ils ne se produisent pas, et, si nous avons eu l'occasion de les observer, la faute en est uniquement aux tâtonnements inévitables qui ont eu lieu lors de nos premiers essais.

Toutefois, il faut le reconnaître, il est des malades qui supportent beaucoup mieux l'hyoscine que d'autres, et à cet égard, les agités, d'une manière générale, paraissent être beaucoup moins impressionnables à l'hyoscine.

Il faut aussi compter avec ce fait que l'hyoscine s'accumule dans l'économie. Aussi, dès que se manifestent les moindres symptômes d'intoxication, il faut réduire les doses, ou même supprimer immédiatement les injections.

L'hyoscine, en tant qu'agent thérapeutique, n'a aucune action sur le délire des divers malades qui ont reçu des injections. Dans quelques cas, nous avons constaté qu'elle produisait des phénomènes de sur-excitation générale, dont l'apparition coïncidait avec la suppression des pratiques de masturbation.

Nous ne chercherons pas à établir la manière dont agit l'hyoscine pour amener ainsi la disparition de l'onanisme. Nous noterons seulement ce fait qui nous a frappés, c'est qu'à côté d'une action portant sur l'ensemble du système nerveux (sommolence, phénomènes d'excitation, phénomènes toxiques), elle en a une autre portant plus spécialement sur le centre génito-spinal qu'elle paraît inhiber plus ou moins complètement. Il en résulte une véritable impuissance temporaire qui se traduit, chez l'homme du moins, par l'impossibilité de l'érection. C'est ce qu'exprimait un de nos malades, en nous disant : « Je ne peux plus », et en traduisant sous une forme encore plus pittoresque, mais qui nécessiterait l'emploi du latin, la douloureuse surprise que lui causait la décevante et inaccoutumée flaccidité de sa verge.

Tels sont les résultats qui nous ont paru assez dignes d'intérêt pour être soumis au Congrès. Nous les résumerons dans les conclusions suivantes :

1° L'hyoscine, en injections hypodermiques, exerce une action manifeste sur la masturbation.

Le plus souvent, elle la fait disparaître complètement pendant plu-

sieurs mois consécutifs; d'autres fois, la suppression n'est que momentanée, mais les pratiques, persistant, sont toujours considérablement atténuées; quelquefois, l'hyoscine ne produit qu'une simple diminution de l'excitation génésique; très rarement elle n'a aucun effet utile.

2° Les doses efficaces varient entre un demi-milligramme et deux milligrammes par jour, chiffre maximum. Il est bon de n'atteindre ces doses que progressivement, en débutant par un quart de milligramme.

Les effets thérapeutiques se manifestent dès le troisième ou le quatrième jour. Mais, pour les rendre durables, il faut continuer les injections avec une extrême prudence, et en diminuant progressivement les doses pendant douze ou quinze jours.

5° L'hyoscine peut produire des effets toxiques rappelant ceux de l'atropine. Ceux-ci se manifestent à des doses variables suivant les susceptibilités individuelles et suivant le degré d'agitation des malades.

L'hyoscine s'accumule dans l'économie.

4° L'hyoscine paraît agir sur le centre génito-spinal pour rendre l'érection impossible.

ROLE DU CHIRURGIEN DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

par M. Lucien PICQUÉ.

Chirurgien en chef des asiles de la Seine.

La chirurgie a maintenant une place officielle dans les asiles d'aliénés: l'administration et le Conseil général de la Seine ont désormais consacré son incontestable utilité en ouvrant un pavillon de chirurgie à l'asile clinique.

Je ne rappellerai pas devant le Congrès les obstacles scientifiques et extra-scientifiques que la chirurgie, dans son application aux aliénés, avait rencontrés dès le début.

Leur étude appartient à l'histoire de cette chirurgie spéciale, et je l'ai faite en détail dans un article paru le 10 décembre dernier dans la *Revue philanthropique*.

Mon but est aujourd'hui de vous dire ce que cette chirurgie doit être et comment je comprends le rôle du chirurgien près des aliénés et des médecins aliénistes. J'ai dit très nettement dans une série de publications antérieures que nous ne devons pas poursuivre systéma-

tiquement le traitement de la folie par le bistouri, que c'était là une pratique décevante et qu'elle avait fait reculer l'assistance chirurgicale des aliénés dans les pays où elle avait été suivie.

Je suis resté de parti pris éloigné de tout système et me suis placé, avec mon collègue Febvère, de Ville-Évrard, exclusivement sur le terrain humanitaire, allant à la recherche des indications chirurgicales et m'appliquant à les remplir quand elles se présentaient.

Cette manière de comprendre la chirurgie des aliénés est d'ailleurs la conséquence de l'évolution des idées qui s'est faite depuis quelques années sur le traitement des aliénés.

L'aliéné n'est plus un déchet social, c'est un malade qu'on doit traiter pour le guérir et, à notre époque, le nombre des aliénés temporaires augmente de plus en plus, parce qu'on les interne dans ce but de plus en plus hâtivement.

Ne doit-on, en conséquence, songer à les soigner également des maladies chirurgicales intercurrentes qu'ils peuvent présenter? Il existe bien dans les asiles des infirmeries médicales où la pneumonie, par exemple, est soignée. Pourquoi n'en serait-il pas de même quand le malade présente un cancer ou une suppuration profonde?

Aujourd'hui la question se présente d'une façon très simple.

L'aliéné est soigné en vue de sa guérison mentale.

S'il présente une affection médicale intercurrente, il reçoit des soins à l'infirmerie de l'asile. Il doit en être de même pour les affections d'ordre chirurgical qu'il peut présenter lors de son passage à l'asile.

On a pu discuter du degré d'urgence des opérations nécessaires chez les aliénés.

Certes il en est parmi elles un certain nombre dont on n'a jamais discuté l'opportunité, celles appelées, à proprement parler, opérations d'urgence, comme la trachéotomie ou la hernie étranglée.

J'affirme que les autres opérations qui peuvent être pratiquées sur les aliénés ne sont pas moins urgentes que les précédentes.

De celles-ci je ferai volontiers deux groupes.

Les unes sont nécessitées par des affections pouvant, soit entraîner la mort à une échéance plus ou moins éloignée, soit aboutir à des mutilations ou des infirmités réelles si elles ne sont pas traitées à temps.

C'est le cancer, qu'il siège au sein ou à l'utérus, qui, à la sortie de l'asile, deviendra inopérable et amènera la mort.

C'est une pyoarthrose qui entraînera soit la mort, soit l'amputation du membre ou l'ankylose en mauvaise attitude.

L'opération dans ces cas est aussi urgente que celle du premier

groupe, et l'on ne peut arguer du danger moins pressant, pour retirer au malade le bénéfice de l'intervention.

Le dernier groupe d'opérations pourrait à première vue être considéré comme facultatives : les ablations de fibromes utérins, les opérations d'appendicite à froid, les interventions sur le rein et la vésicule biliaire y rentrent naturellement.

Or ces opérations, toutes facultatives qu'elles paraissent être, ne doivent pas moins être pratiquées que les précédentes quand on songe aux complications souvent rapidement mortelles auxquelles elles peuvent donner lieu.

Ces affections passent parfois inaperçues, ce qui a pu faire dire à certains que le nombre des cas chirurgicaux était en très petite proportion dans les asiles et qu'un service de chirurgie était un « objet de luxe » au milieu des aliénés.

Or les affections sont là comme ailleurs d'une fréquence extrême. Il suffit de les chercher pour les trouver, et je puis dire d'ailleurs que depuis que l'attention a été attirée dans nos asiles parisiens sur le côté chirurgical, le nombre des malades de cette catégorie augmente dans une proportion réellement extraordinaire.

J'irai jusqu'à dire que les opérations dites « de complaisance » trouvent plus souvent leurs indications à l'asile qu'à l'hôpital.

Parmi elles, je citerai la hernie simple qu'il est parfois dangereux de soutenir par un bandage chez un aliéné, soit que ce dernier ne soit pas capable de comprendre l'usage régulier qu'il en peut faire, soit qu'il s'en serve dans un moment d'agitation comme d'une arme dangereuse pour lui ou ses voisins.

Le bec-de-lièvre, qu'il est parfois nécessaire d'opérer chez un idiot ou un imbécile pour faciliter son alimentation.

Le torticolis ; les autoplasties de toutes natures sont parfois indiquées pour calmer des obsessions pénibles chez certaines catégories de malades.

Il résulte de cette énumération rapide que l'on trouve à remplir dans un asile toutes les indications qui se présentent à l'hôpital.

Quelle responsabilité n'incombe-t-il pas soit au médecin, soit à l'administration ! Ne ressort-il pas de ce qui précède qu'en laissant de côté les cas urgents qui ont toujours été opérés à l'asile et les difformités diverses dont la guérison peut agir favorablement sur l'état mental des malades, un retard apporté au traitement en apparence facultatif de certains malades peut entraîner soit l'incurabilité et parfois la mort s'il s'agit de cancer, soit l'infirmité définitive ou une mutilation, et dans ces conditions il devient impossible à ces malades guéris de

leur affection mentale, de reprendre leur rôle social soit dans la famille, soit à l'atelier d'où ils se trouvent exclus ?

La nécessité d'une assistance chirurgicale régulière des aliénés ressort suffisamment des considérations qui précèdent.

Une question peut se poser :

Doit-on conduire à l'hôpital voisin l'aliéné qui présente une affection chirurgicale ?

Dans une communication faite au Congrès d'assistance, j'ai indiqué les raisons qui doivent faire préférer l'assistance dans l'asile même. Je n'y reviendrai pas.

La présence d'un chirurgien à l'asile s'impose dès lors et j'ai dit ailleurs pourquoi ce chirurgien devait être un chirurgien de carrière, contrairement à l'opinion des médecins américains qui estiment que le chirurgien doit être un médecin aliéniste spécialiste.

Dès lors, il convient d'établir dans quelles conditions ce chirurgien, étranger à l'aliénation mentale, pourra utilement pratiquer la chirurgie chez l'aliéné. J'estime, et j'ai déjà insisté sur ce point dans mon article publié en décembre dernier dans la *Revue philanthropique*, que cette chirurgie ne peut être exercée qu'avec le concours du médecin aliéniste, qui seul est responsable de l'aliéné au point de vue légal et scientifique.

Trois cas peuvent en effet se présenter :

1° Tantôt, en cas d'opération facultative, l'état mental du malade est tel qu'il ne peut retirer aucun bénéfice de l'intervention. Aux malades de cette catégorie, l'opération d'urgence seule sera réservée.

2° Tantôt l'opération peut aggraver le délire. Il existe, en effet, un certain nombre de contre-indications d'ordre mental que seul le médecin aliéniste est en état de nous fournir.

C'est pour n'avoir pas tenu un compte suffisant de ces contre-indications, chez des prédisposés ou des aliénés en liberté, que les chirurgiens ont ouvert à leur insu le chapitre des psychoses post-opératoires.

5° Enfin il est des opérations facultatives que le médecin aliéniste peut nous amener à pratiquer, parce qu'elles appartiennent au groupe de celles qui sont susceptibles d'amener l'amélioration ou même la guérison du délire.

Comme on le voit, la chirurgie chez les aliénés est bien en réalité une arme à double tranchant, pouvant tantôt aggraver le délire, tantôt l'améliorer, et c'est pourquoi le chirurgien ne doit pas, en résumé, intervenir chez un aliéné sans le concours scientifique du médecin aliéniste.

C'est dans ces conditions que, pour ma part, imbu de ces principes, j'ai demandé à l'administration de désigner un médecin pour le pavillon de chirurgie, pour que, même dans le court espace de temps qu'y passera le malade, ce dernier reste sous la surveillance scientifique d'un médecin aliéniste.

DISCUSSION

M. GIRAUD. — Les renseignements donnés par M. Picqué sur l'organisation du pavillon de chirurgie de Sainte-Anne sont très intéressants. Tout est prévu en vue de l'opération et des suites immédiates de l'opération, et les malades à opérer sont classés en malades septiques et malades aseptiques. Les opérés ne doivent séjourner au pavillon de chirurgie que le temps strictement nécessaire pour être remis des suites immédiates de l'opération. Cela ne peut présenter que des avantages pour les malades aseptiques dont la plaie opératoire est cicatrisée après un pansement ou deux, et qui n'ont pas besoin d'être suivis longtemps par le chirurgien. Il n'en est pas de même pour les malades septiques; des pansements peuvent être nécessaires pendant un temps assez long, et il y a intérêt à ce que ces opérés ne soient pas perdus de vue par le chirurgien. M. Picqué ne croit-il pas qu'il y aura une lacune si on n'installe pas, à côté du pavillon de chirurgie, un petit service où seront conservés les opérés ayant encore besoin d'être vus par le chirurgien? Ce serait plus pratique que d'avoir ces opérés disséminés dans tous les services de Sainte-Anne, où ils seront une cause de gêne, et où ils seront forcément moins bien soignés.

M. PICQUÉ. — Je partage l'avis de M. Giraud; mais il s'agit d'une mesure administrative à prendre, pour arriver à cette organisation, et je n'ai pas soulevé cette question qui est indépendante de la construction du pavillon de chirurgie.

LA FAMILLE DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

par M. Ch. VALLON,

Médecin de l'asile Sainte-Anne;

et M. WAHL,

Interne des asiles d'aliénés de la Seine.

Un certain nombre de médecins aliénistes considèrent la paralysie générale comme une affection à part, très différente des autres maladies mentales et n'ayant avec elles que peu ou pas de rapports. Sans doute la paralysie générale se distingue des psychoses par ce caractère particulier que son anatomie pathologique est connue, tou-

jours la même au moins dans ses grandes lignes (méningo-encéphalite interstitielle diffuse) ; mais elle n'en possède pas moins des connexions étroites avec les diverses vésanies, comme aussi avec toutes les maladies du système nerveux (névroses et maladies organiques). On sait d'ailleurs que la paralysie générale et le tabes coexistent assez fréquemment chez le même individu.

Nous ne pouvons passer en revue ici les opinions émises par les divers auteurs pour ou contre la thèse que nous soutenons, cela nous entraînerait trop loin ; on les trouvera d'ailleurs très bien résumées dans le livre de M. Féré sur la famille névropathique¹. Le médecin de Bicêtre, se basant sur les faits tant relatés dans divers ouvrages qu'observés par lui, émet cette opinion : « Que les liens de parenté de la paralysie générale avec les vésanies sont affirmés par de nombreuses observations et que non moins évidentes sont les relations de la paralysie générale avec les maladies nerveuses proprement dites. »

En ce qui concerne la descendance des paralytiques généraux, l'un de nous², dans un travail basé sur soixante observations, est arrivé à ces conclusions : les enfants des paralytiques généraux meurent fréquemment en bas âge ; les descendants des paralytiques généraux sont prédisposés aux affections du système cérébro-spinal et en particulier à la paralysie infantile et aux affections convulsives (épilepsie, hystérie) ; on trouve fréquemment chez eux toutes les variétés de maladies mentales et particulièrement la dégénérescence mentale à tous ses degrés.

L'année dernière, M. Rogues de Fursac, dans sa thèse sur : *Les stigmates physiques de dégénérescence chez les paralytiques généraux*, est arrivé aux conclusions suivantes : « Au point de vue des stigmates physiques de dégénérescence les paralytiques généraux ne se distinguent en rien des autres aliénés, et si l'on admet que la fréquence de ces stigmates trahit chez ces derniers une prédisposition héréditaire, il est nécessaire de l'admettre également pour les premiers. »

Enfin, dans une communication faite au mois de mars dernier à la Société médico-psychologique, ayant pour titre : *De l'hérédité et en particulier de l'hérédité similaire chez les paralytiques généraux*, M. Ameline³ est arrivé aux conclusions suivantes :

1. FÉRÉ. *La famille névropathique*. Paris 1894, p. 55 et 56.

2. Lucien WAHL. — Étude de la descendance des paralytiques généraux. *Thèse de Paris*, 1898.

3. AMELINE. *Annales médico-psychologiques*, 1900, numéro de mai-juin, p. 459 et suivantes.

A. En ce qui concerne l'hérédité des paralytiques en général :

1° La paralysie générale n'apparaît que dans la moitié des cas sans attache héréditaire et semble être alors une maladie acquise ;

2° L'alcoolisme, les vésanies, se partagent, dans les deux tiers des cas, à peu près également les antécédents héréditaires.

B. En ce qui concerne l'hérédité paralytique similaire :

1° Cette hérédité est exceptionnelle (1 fois sur 54 malades) ;

2° L'hérédité similaire ne se retrouve seule dans aucun cas : 5 fois elle se joint à l'alcoolisme du malade, 5 fois les antécédents sont chargés.

Depuis deux ans nous nous sommes attachés à rechercher dans les familles des paralytiques généraux de notre service à Villejuif (tous des hommes) les maladies nerveuses, les maladies mentales, l'alcoolisme : c'est le résultat de ces investigations que nous présentons aujourd'hui au Congrès. Dans les familles de 166 paralytiques généraux nous avons trouvé les diverses affections que nous venons d'énumérer.

Chez les grands-parents ¹	7 fois
— le père.	26 —
— la mère.	17 —
— les frères et sœurs.	30 —
— les oncles et tantes.	19 —
— les neveux et nièces.	2 —
— les cousins et cousines.	16 —

Dans 50 familles plusieurs membres étaient atteints, à savoir :

Dans 55 familles	2 personnes
— 10	— 5 —
— 6	— 4 —
— 1	— 5 —

Chez 7 de nos paralytiques généraux il existait une hérédité convergente très nette.

Voici maintenant comment étaient réparties les diverses maladies mentales et nerveuses chez les parents de nos malades. (Vu la difficulté d'un diagnostic rétrospectif, nous n'avons pas essayé de distinguer entre les diverses maladies mentales, nous les avons toutes englobées sous la rubrique d'aliénation mentale; celle-ci comprend donc très probablement un certain nombre de cas de paralysie générale.) Cela dit, nous avons trouvé :

1. A Paris, beaucoup d'habitants viennent de province, aussi est-il difficile d'avoir des renseignements sur leurs familles, surtout sur les grands-parents.

Chez les grands-parents :

- 1 fois l'épilepsie,
- 1 — la démence sénile,
- 1 — l'alcoolisme,
- 4 — le suicide.

Chez les parents (père et mère) :

- 5 fois la démence sénile,
- 5 — l'épilepsie ou l'hystérie,
- 9 — des paralysies diverses sans troubles mentaux bien accusés,
- 12 — l'alcoolisme,
- 15 — le suicide,
- 29 — l'aliénation mentale.

Chez les frères et sœurs :

- 2 fois l'hystérie,
- 2 — l'alcoolisme,
- 5 — le suicide,
- 5 — une perversion morale très prononcée,
- 4 — l'épilepsie,
- 5 — l'idiotie ou l'imbécillité,
- 5 — des maladies nerveuses non spécifiées,
- 55 — l'aliénation mentale.

Chez les oncles et les tantes :

- 1 fois l'alcoolisme,
- 1 — l'épilepsie,
- 5 — le suicide,
- 4 — l'idiotie et l'imbécillité,
- 55 — l'aliénation mentale.

Chez les neveux et nièces :

- 1 fois la chorée,
- 1 — l'idiotie,
- 1 — la surdi-mutité,
- 1 — le suicide,
- 1 — l'aliénation mentale,
- 2 — une névrose (épilepsie ou hystérie).

Chez les cousins et les cousines :

- 1 fois l'alcoolisme,
- 2 — l'idiotie,
- 2 — l'épilepsie,
- 2 — le suicide,
- 22 — l'aliénation mentale.

Nous ne parlons pas ici des enfants de nos malades, les cas de maladies mentales et nerveuses que nous avons observés chez eux ont été relatés dans le travail de M. Wahl dont nous avons parlé plus haut.

Des opinions et faits que nous venons d'exposer, il nous paraît légitime de tirer les conclusions suivantes :

La paralysie générale est en rapports étroits avec toutes les autres maladies du système nerveux. Que l'on examine les ascendants, les collatéraux ou les descendants des paralytiques généraux, partout l'on trouve un grand nombre d'individus frappés dans leur système nerveux d'une façon ou d'une autre. Cette notion a, on le conçoit, une importance pratique considérable, elle établit que la paralysie générale est loin de présenter, au point de vue héréditaire, l'innocuité absolue ou relative que lui ont attribuée quelques aliénistes (Ball, Régis, Ballet, etc.).

DISCUSSION

M. RÉGIS. — Nous n'avons jamais soutenu, M. Ball et moi, que les descendances des paralytiques généraux n'étaient pas tarées. Nous avons soutenu qu'elles l'étaient d'une autre façon que les familles des vésaniques et qu'elles l'étaient moins. Elles le sont d'une autre façon, car ce qui domine chez elles, c'est la fréquence de la fausse couche et de la morte-naissance. Elles le sont moins, parce que la tare qui pèse sur elles est surtout la tare syphilitique, et qu'elles subissent une sorte d'épuration par le fait même de la mort avant terme, qui élimine de la famille les éléments les plus mauvais.

M. TOULOUSE. — J'estime que dans les statistiques semblables à celles que nous ont données MM. Vallon et Wahl, il faut établir d'abord le nombre des aliénés dont on recherche les antécédents, puis le nombre des antécédents, etc.

M. VALLON. — Si l'on prend la descendance en bloc, on voit que la paralysie générale ne supprime pas l'hérédité.

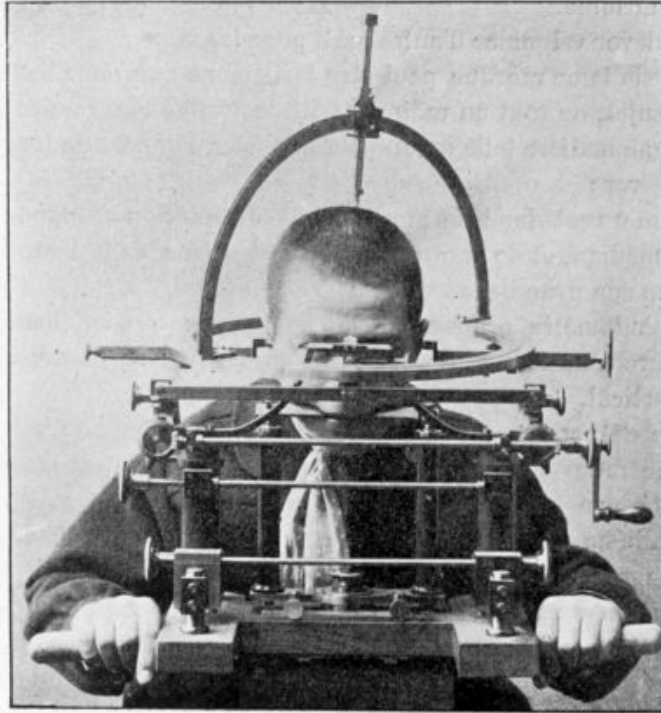
NOTE SUR UN CAMPYLOGRAMME CRANIEN

par MM. les docteurs BLIN et SIMON

Ce nouvel appareil a pour but de déterminer par un angle et un rayon, suivant la méthode des coordonnées polaires, chacun des points de la calotte crânienne sur le vivant, en rapportant tous les

points de la surface de la tête à un centre idéal qui peut être, à volonté, situé soit sur le milieu du diamètre bi-auriculaire, soit en un point placé à l'intersection du plan vertical passant par le diamètre bi-auriculaire, du plan passant par l'axe médian antéro-postérieur de la tête et du plan horizontal passant par le diamètre antéro-postérieur maximum.

Le report sur des feuilles spéciales de chacun des points déterminés permet de construire toutes les courbes craniennes possibles, antéro-



postérieure, horizontale, transversale, oblique, d'où le nom de l'appareil, tiré des deux mots grecs : κάμπος, courbe, et γράμμα, tracé. Ce nom de campylogramme n'est pas, du reste, un néologisme, et est appliqué déjà à un instrument destiné à la construction des lignes courbes dans le tracé des plans de navire.

Le céphalomètre construit par Antelme en 1858, d'après un principe à peu près identique, quoique différemment appliqué, n'a donné que des résultats insuffisants en raison de sa difficulté d'application et de la mobilité des téguments craniens sur lesquels l'appareil prenait son point d'appui au moyen de pelotes.

Le premier desideratum à remplir dans la construction d'un appareil de ce genre était d'immobiliser la tête par un dispositif indépendant de l'appareil mesureur lui-même. C'est à cette seule condition que des résultats précis et toujours identiques à eux-mêmes peuvent être obtenus.

Dans ce but, le sujet vient mordre une lame transversale, véritable mors soutenu par deux colonnes verticales solidement implantées sur la base de sustentation de l'appareil. C'est là un procédé nouveau d'immobilisation de la tête et dont il est aisé de reconnaître l'efficacité presque absolue.

Nous devons signaler d'autre part pour les mors :

1° Que la lame mordue peut être facilement enlevée, changée pour chaque sujet, ou tout au moins stérilisée avant d'être remise en place, étant d'une matière telle qu'on peut la porter à une haute température sans l'altérer ;

2° Le mors est doué de mouvements de rotation autour de son axe vertical médian, et de mouvements d'inclinaison de la lame transversale selon son grand axe.

Le céphalomètre proprement dit se compose essentiellement d'un grand cercle horizontal ou basilaire sur lequel se dresse un demi-cercle vertical.

Ce jeu de cercles est monté sur deux fortes colonnes verticales douées de mouvements d'élévation ou d'abaissement et d'un mouvement antéro-postérieur sur la base de l'appareil.

Le cercle horizontal est doué d'autre part, à l'extrémité supérieure des colonnes qui le supportent, d'un mouvement d'inclinaison autour d'un axe transversal fictif, dont le milieu seul est représenté par une pointe métallique A située à la partie centrale d'une espèce de joug qui réunit les deux colonnes verticales. Un autre mécanisme lui assure un mouvement de glissement antéro-postérieur sur son propre plan.

Le demi-cercle vertical enfin est susceptible, sur le grand cercle horizontal, d'un mouvement de rotation autour de son rayon vertical comme axe, mouvement de rotation tel qu'il engendre ainsi une demi-sphère.

Un curseur se meut sur lui, muni d'une tige exploratrice qui y glisse à frottement en lui restant toujours normale. Prolongée, elle passe donc toujours par le centre du système, centre commun du cercle horizontal et du demi-cercle vertical, pouvant occuper, grâce à la combinaison des mouvements indiqués, un rayon quelconque de la demi-sphère qu'ils composent. La position de ce rayon est d'ailleurs déterminée par les graduations en degrés des cercles de l'appareil ; et

la tige exploratrice est elle-même graduée de telle sorte qu'on y lise la distance de sa pointe au centre du système. Enfin, elle est construite de façon à ce que son extrémité soit arrêtée par le moindre obstacle : toutes les fois donc qu'elle rencontrera la surface du cuir chevelu elle donnera exactement la position dans l'espace du point touché par rapport à un point central toujours le même.

Le principe de l'appareil est, en somme, de faire évoluer autour de la tête fixe un index mobile dont la position par rapport à cette tête puisse être déterminée d'une façon rigoureuse.

A cet effet, le sujet ayant saisi le mors, et la tête étant déjà, de ce fait, maintenue dans une position donnée, on amène, grâce aux mouvements indiqués, la pointe A au contact du point de repère cranién antérieur préalablement choisi : ophryon ou glabelle; puis on abaisse le cercle horizontal pour en encadrer la tête, et on l'incline jusqu'à faire passer son plan par un autre point de repère postérieur, protubérance occipitale externe, par exemple. Ce faisant, la pointe A n'a pas quitté pour cela l'ophryon puisqu'elle est précisément dans l'axe de l'inclinaison. Mais nous avons dit que le principe de l'appareil est de faire passer le diamètre transversal du cercle basilaire par le plan vertical bi-auriculaire : il nous faut donc maintenant, pour réaliser ces conditions, utiliser les mouvements de glissement du cercle basilaire en son propre plan, le point antérieur restant immobile.

Le céphalomètre étant ainsi placé par rapport à la tête immobile, on assure ces rapports pour la durée de l'opération en amenant : 1° en avant, au contact du nez, une sorte de gouttière qui l'emboîte; 2° en arrière, au niveau de la nuque, deux pelotes qui empêchent tout recul; 3° latéralement enfin, deux fourches qui maintiennent la tête de part et d'autre des oreilles.

Ainsi la calotte craniénne est logée dans une demi-sphère par rapport au centre, de laquelle on peut prendre la position de tous les points de la surface du cuir chevelu situés sur une même courbe. En abaissant la tige exploratrice selon les différents rayons du demi-cercle vertical, on obtient la série de chiffres permettant d'établir, par exemple, la courbe antéro-postérieure; répétant ensuite l'opération, en laissant le curseur au contact du cercle horizontal, par ses déplacements successifs dans le plan de celui-ci grâce à la rotation du cercle vertical, on obtient de même la série de chiffres nécessaires au dessin de la courbe horizontale. Rien de plus aisé ensuite que d'en faire le report sur des feuilles préparées à cet effet et il suffit enfin de réunir par un trait continu les différents points successifs obtenus pour avoir la courbe cherchée.

Avec l'ensemble des rayons il est facile, d'autre part, d'obtenir un rayon moyen de la calotte crânienne et de schématiser ainsi le volume de la calotte crânienne par une demi-sphère aisée à mesurer et à comparer d'un sujet à l'autre. Sur un même sujet, la comparaison du rayon moyen de la partie frontale de la calotte crânienne avec celui de la partie occipitale donne également un rapport intéressant. Enfin, la comparaison du rayon moyen gauche, avec le rayon moyen droit, donne une mesure précise des asymétries crâniennes.

DISCUSSION

M. MARCEL BRIAND. — Pour mon compte personnel, je considère la communication de MM. Blin et Simon, comme étant du plus grand intérêt; leur appareil sera, j'en suis convaincu, de la plus grande utilité pour l'étude et la mesure des stigmates physiques de dégénérescence.

LE PLACEMENT FAMILIAL DES ALIÉNÉS — LE SYSTÈME ÉCOSSAIS¹

par M. J.-F. SUTHERLAND

Depuis plus de 40 ans, les autorités chargées, en Écosse, du soin et de la garde des aliénés ont pris les dispositions les plus larges et les mieux appropriées. On a recours à deux systèmes : le séjour à l'asile ou dans l'habitation privée (y compris les maisons autorisées à recevoir quatre malades au maximum). Pour le moment, ce dernier système est appliqué à 2700 aliénés, c'est-à-dire 21 pour 100 du nombre total, avec bénéfice pour les malades, sécurité pour les sociétés ou familles qui les reçoivent, économie pour le contribuable. Dans aucun pays on ne trouve un si grand nombre d'aliénés placés de cette manière.

Le prix de revient pour les malades des asiles peut être fixé (y compris l'intérêt des constructions) à 17 francs par semaine, et 875 francs par an. Pour les malades placés dans les habitations privées, ce prix est d'environ 8 fr. 40 par semaine et de 450 francs par an. Le point de vue économique, s'il n'est pas le plus important, est néanmoins digne d'être pris en considération. Un simple calcul d'arithmétique permet de voir que si ces 2700 malades étaient placés dans les asiles au lieu de l'être dans des habitations privées, le prix annuel de revient, au

1. Traduit de l'anglais par M. René Semelaigne.

lieu de 48 500 livres environ¹, n'atteindrait pas loin de 94 500 livres², c'est-à-dire près du double. Le bénéfice annuel est de plus de 46 000 livres³, et en 25 ans, il approche de 1 000 000 de livres. Et si les autorités locales des paroisses de chaque district recouraient à ce système au même degré que le comté d'Édimbourg (55 pour 100 de *boarded-out*), le bénéfice annuel serait de 72 000 livres. En supposant qu'on imposât aux autorités des comtés et aux bureaux des districts l'obligation de construire et d'aménager des établissements pour ces 2 700 malades, la dépense ne serait guère inférieure à un nouveau million de livres sterling.

Ayant brièvement exposé le point de vue économique, je vais maintenant m'attaquer aux deux questions les plus importantes : 1^o le système, en dehors de la question dépenses, est-il le meilleur au point de vue des malades ? 2^o Y a-t-il pleine sécurité pour le public ?

La réponse à la première question doit être l'affirmative, avec preuves à l'appui. Ceux qui ont pu acquérir une vaste expérience des problèmes concernant les aliénés dans les divers pays, et en ont poursuivi l'étude au cours des temps plus ou moins éclairés, expriment leur confiance en ce système tant par la parole que par l'écrit. En Écosse, il est en faveur auprès du pouvoir central exécutif (Commission des aliénés), ainsi que des autorités locales (conseils de paroisses et leurs représentants). Il existe un accord complet entre ces deux pouvoirs pour son application et son extension, et dans les districts les plus grands et les plus peuplés de l'Écosse (Glasgow et Édimbourg), un fonctionnaire spécial est chargé du choix des habitations et des personnes commises à la garde du malade. Il reste encore beaucoup à faire pour mettre tous les districts au même niveau ; peut-être plusieurs districts de moindre importance pourraient-ils s'unir et déléguer un fonctionnaire uniquement attaché à cette œuvre. Parmi les diverses centaines d'autorités locales, il y a divergence de vue sur l'assistance des aliénés : les unes favorisent les établissements spéciaux ; d'autres, plus ardentes et plus éclairées, prônent les habitations privées dans le plus grand nombre de cas (un tiers environ). Je crois que le nombre total des aliénés, dans tout district de comté, doit donner à peu près la même proportion d'individus aptes à la vie privée et familiale ; les différences signalées s'expliquent aisément, d'un côté par le zèle, l'énergie, l'intérêt porté aux malades et au bien public ; de l'autre, par l'apathie, l'indifférence, tant pour l'avenir des aliénés que pour l'in-

1. 1 212 500 francs.

2. 2 562 500 francs.

3. 1 150 000 francs.

térêt du contribuable, sentiments surtout marqués au moment où le malade et le fonctionnaire se séparent à la porte de l'asile.

Quant à la question de savoir si le système donne pleine sécurité au public, on peut y répondre brièvement et à la satisfaction du critique le plus difficile. Pendant 40 ans, et avec une population journalière de 2000 malades répandus sur toute la surface du pays (villes, villages et districts ruraux), malades jouissant d'une liberté inconnue dans les asiles, on n'a pu signaler que deux accidents mortels : l'enfant d'un gardien a été tué par un aliéné, et un malade a été empoisonné par sa gardienne qui, se trouvant prise de boisson, lui avait administré inconsciemment du laudanum. De temps à autre, en moyenne tous les trois ans, sur 900 femmes en âge de devenir enceintes, il survient un cas de grossesse. On rencontre quelques accidents par chutes ou brûlures, mais en petit nombre et sans grande conséquence; ce qui, vu le grand nombre d'épileptiques et de déments ainsi placés, mérite d'être noté. L'usage des garde-feu et l'emploi de vêtements entièrement de laine et substances non inflammables contribuent beaucoup à préserver des brûlures.

Pas de suicide. Mortalité peu élevée et longévité considérable. L'assistance soit à domicile, soit dans des familles de malades n'ayant jamais été internés à l'asile, et la sélection, dans les asiles, des cas aptes au *boarding-out*, sont pratiquées avec un tel soin que les accidents sont extrêmement rares, et que les rentrées à l'asile forment une exception; ces rentrées, 5 ou 4 pour 100 en moyenne, peuvent être provoquées par une exacerbation de la maladie mentale, des penchants nuisibles ou antisociaux, des fugues (délibérées ou impulsives), l'apparition ou l'aggravation d'une maladie physique, le mauvais résultat du placement familial.

A tous ces points de vue l'habitation dans une famille soutient la comparaison avec l'asile. Et l'on ne doit pas oublier que l'asile conserve tous les réfractaires, la plus grande partie des aliénés atteints de maladies physiques, les épileptiques et les sujets difficiles, ainsi qu'une bonne partie des chroniques et des hallucinés.

Les avantages du placement familial pour les chroniques inoffensifs sont nombreux. J'en énoncerai quelques-uns :

L'individualité est plus pleinement préservée, et l'on évite la mauvaise influence qui résulte de la réunion de nombreux cas aigus ou chroniques. Le malade ne rompt pas avec toutes ses habitudes, et dans la maison qu'on lui a choisie il forme des liens d'amitié avec son gardien et les membres de la famille, d'où bénéfice au double point de vue moral et mental. La vie de famille réveille chez lui des

idées qui sommeillaient, et les résultats sont véritablement remarquables.

1° *Distribution géographique et pourcentage des aliénés placés dans des familles.* — Dans 9 districts teintés en noir sur la carte, le pourcentage dépasse 50 pour 100; dans 9 autres, il reste entre 20 et 50 pour 100; dans 15, il est au-dessous de 20 pour 100.

2° *Nombre et sexe.* — Le nombre total est de 2700, dont 1100 hommes et 1600 femmes. Proportion de 100 à 150. Dans les asiles le rapport est de 100 à 105.

3° *Types d'aliénation.* — Sur 1155 malades classés en 1895, 579 étaient atteints d'imbécillité congénitale ou infantile, 576 de troubles mentaux postérieurs à l'enfance. Sur 210 enregistrés pour la première fois au cours des deux dernières années, il y avait 85 imbéciles, 70 déments, 54 maniaques, 12 mélancoliques, 9 dégénérés. Les cas d'aliénation mentale acquise sont en augmentation.

4° *Nombre des maisons autorisées.* — En 1896 il y avait 64 maisons autorisées à recevoir 4 malades, 48 pour 5, 299 pour 2. Dans ces maisons le nombre total de malades était de 1000 environ.

5° *Villages-colonies et pourcentage des aliénés par rapport à la population.* — Il y a en Écosse 50 villages où les malades sont placés en nombre variant de 40 à 10. Le pourcentage des aliénés par rapport à la population atteint rarement 5. Il n'est pas permis de dépasser ce chiffre, et une telle autorisation ne semble pas désirable.

6° *Choix des maisons et des gardiens.* — Ce choix dépend de l'autorité locale (inspecteur des pauvres), avec approbation du bureau général des aliénés (autorité centrale), après rapport du député commissaire. 40 pour 100 des gardiens sont des parents, 60 pour 100 des étrangers.

7° *Surveillance.* — La surveillance relève des pouvoirs locaux et centraux. Deux visites annuelles, et à l'improviste, par l'inspecteur des pauvres, quatre par le médecin de la paroisse chargé de cet office, et une, quelquefois deux, par le député commissaire du bureau central des aliénés.

8° *Résultat économique.* — Ce point a déjà été traité. L'allocation est naturellement moins élevée quand le malade réside chez un proche parent. Le prix de pension annuel peut être évalué à 450 francs. Il en résulte un bénéfice non seulement pour les malades, mais encore pour les villageois et petits fermiers qui profitent de la pension et du travail des aliénés.

On peut établir une brève comparaison entre le système écossais et celui des autres pays. En France, à Dun-sur-Auron, dans le Cher; en Belgique, à Gheel et Lierneux; en Allemagne, à Dalldorf, Reinie-

kendorf, Bernau et Potsdam; en Russie, à Ekaterinoslav, Lotsmannskaya, Krasnopolie, Moscou, il existe des différences jusqu'à un certain point inévitables, et résultant de considérations sociales, économiques et ethniques. Il y a le patronage familial et la colonie familiale agricole. Le nombre des aliénés réunis dans ces localités atteint 2000, 500, 400, 150. Les accidents sont plus nombreux, la sélection embrassant une plus grande variété de maladies mentales qu'en Écosse; les rentrées à l'asile sont naturellement plus fréquentes. Ces systèmes sont plus coûteux, car ils nécessitent un médecin spécialiste résidant, un petit hôpital et un asile pour les malades, les réfractaires, etc., les colonies se trouvant généralement éloignées de l'asile du département ou de la province. Tandis que, les petites colonies d'Écosse n'étant guère à plus de deux ou trois heures de l'asile par chemin de fer, la rentrée des sujets malades ou ingouvernables devient aisée et rapide. A ce point de vue la critique de M. Toulouse, de Villejuif, est intéressante. Dans son rapport de 1898 au Conseil général de la Seine, il indique sa préférence pour le système du patronage familial tel qu'il se trouve appliqué à Dun-sur-Auron. Je suis d'accord avec lui sur beaucoup de points. On peut affirmer que la colonie agricole et le patronage familial tiennent le milieu entre l'asile et le placement familial. Dans un plan idéal d'assistance des aliénés, tous ces systèmes devraient avoir leur place marquée et se compléter mutuellement, ainsi que le proposait le distingué aliéniste russe, Govseev, de Ekaterinoslav. Ce serait possible et même avantageux, si tous les aliénés étaient assistés aux frais du trésor public.

Dans leur travail si intéressant sur les aliénés en Russie, MM. Charles Vallon et Armand Marie disent : « Nous ne prétendons pas exalter le patronage familial aux dépens de la colonie agricole et de l'organisation des travaux des champs; mais ce qui serait désastreux, ce serait de vouloir détruire le placement familial au profit de la colonie agricole. » Je souhaite aussi que ces deux systèmes continuent à tenir leur place dans tout plan bien tracé; mais j'espère qu'ils ne remplaceront pas le placement familial d'Écosse qui, depuis 45 ans, a complètement rempli le but proposé et trouvé faveur aux yeux de Griesinger, du baron Mundy, de Maudsley, et entre les mains d'étrangers aussi expérimentés que Peeters de Gheel, Vallon, Marie, Toulouse de Paris, Kackanko de Nijninogorod, Streltsov de Moscou, Blumer de New-York.

Il est digne de remarque que dans la seule Angleterre le système écossais a trouvé peu de faveur. Mais l'action du conseil du Comité de Londres, qui est appelé à assister 20000 aliénés, semblerait in-

diquer que l'on va tenter un essai du système écossais pour tâcher de résoudre le gigantesque et difficile problème avec lequel se trouve aux prises la plus grande municipalité du monde.

DISCUSSION

Sir JOHN SIBBALD. — Le traitement familial, c'est-à-dire le placement d'un certain nombre d'aliénés indigents dans des habitations privées, a été envisagé à différents points de vue. Pour moi, on doit le considérer simplement comme une partie de la grande œuvre humanitaire, du mouvement éclairé qui a influencé dans son ensemble le domaine de la psychiatrie. Le principe fondamental de ce mouvement a été de reconnaître les aliénés non comme des êtres que nous avons uniquement à placer, les considérant comme dangereux, dans un lieu de sûreté; mais comme les victimes d'une maladie à qui nous sommes tenus de donner, dans les cas aigus, un traitement curatif, et dans tous les cas des soins assidus. En un mot nous devons traiter les malades aliénés, autant que possible de la même manière que les malades non aliénés. Nous avons pu constater, soit en traitant de l'alitement, soit au cours des autres discussions qui ont pris place dans cette enceinte, que ce principe est universellement admis. Nous possédons des hôpitaux, des infirmeries, des hospices pour les non aliénés; nous en avons également pour les aliénés dans les différents quartiers des asiles construits suivant les vues du jour. Mais cela n'est pas assez. Nous avons encore à nous occuper des aliénés correspondant aux individus à la santé affaiblie (invalides) parmi les non aliénés et vivant chez eux. Ce sont les aliénés que nous plaçons dans les habitations privées.

En Écosse nous avons, instruits par l'histoire et l'organisation moderne de Gheel, essayé d'établir un système grâce auquel les aliénés incurables et inoffensifs peuvent être soignés à l'abri des déféctuosités que nous croyons exister dans le système de Gheel. Nous avons pleinement réussi, et à ce point de vue je me bornerai à citer les paroles de mon honorable ami le D^r Toulouse dans son rapport au Conseil général de la Seine: « Le système Écossais consiste à placer isolément le malade chez des parents, des amis ou des étrangers, c'est-à-dire dans les milieux réellement familiaux ». Mais l'application du système écossais n'est point aisée quand il s'agit de grandes villes comme Paris, et j'ai vu avec beaucoup de plaisir et de satisfaction la colonie établie à Dun-sur-Auron par le Conseil général de la Seine. Je l'ai visitée trois fois et je puis dire qu'elle fait le plus grand honneur à la libéralité éclairée du Conseil et à l'initiative du D^r Marie son fondateur. Ils ont admirablement réussi à éviter les inconvénients des autres systèmes, tout en combinant leurs avantages. C'est avec le plus grand plaisir que j'apporte mon témoignage à cette œuvre excellente.

Avant de terminer je tiens, Messieurs, à vous exprimer toute ma gratitude pour le grand honneur que vous m'avez fait en me nommant président d'honneur de la section de Psychiatrie. Aucun honneur ne pouvait me donner une satisfaction plus profonde.

M. FLETCHER BEACH. — Je félicite le Dr Sutherland de son intéressante communication. Il est hors de doute qu'en Écosse le système a pleinement réussi; mais je ne pense pas qu'il en serait de même en Angleterre. Il faut considérer que la population de l'Écosse entière est à peu près égale à celle de Londres. Pour le système du *boarding out* il faut trouver des centres où la population soit aussi nombreuse que possible. Il existe en Angleterre une Société de patronage pour les aliénés qui sortent de l'asile et il est fort difficile de les placer, bien qu'ils soient convalescents. Je pense qu'il serait peu aisé de trouver en Angleterre des maisons où placer les aliénés parce que les gens ne sont pas habitués à ce genre d'occupations, et je craindrais qu'ils ne soient pas bien traités dans les maisons où on les mettrait.

Je pense que le système de la colonie que l'on vient d'établir en France serait plus facilement établi en Angleterre que le *boarding out*. Il serait naturellement nécessaire de faire une sélection des cas. Il serait impossible d'envoyer un cas de manie aiguë, ou un malade présentant des lésions graves. Je voudrais demander au Dr Sutherland ce que l'on fait des malades atteints de pneumonie et d'autres affections graves.

M. MARIE. — Il y a quelques difficultés de surveillance : dans le nord de l'Écosse, l'assistance semi-indirecte se fait presque continuellement, les asiles d'aliénés étant très éloignés. Dans le sud de l'Écosse il en est autrement. J'ai proposé l'assistance provisoire dans le voisinage de Paris ou à Paris même, comme cela a lieu dans les environs d'Édimbourg.

M. BAJÉNOFF. — Le patronage familial n'est pas seulement une méthode économique, mais encore un moyen thérapeutique. Et je suis fort heureux d'avoir, au Congrès d'Assistance publique de 1889, pris l'initiative des colonies agricoles; elles évitent la production de ces démenes d'asiles que l'internement fabrique inévitablement.

M. TOULOUSE. — Il y a en Écosse des conditions de libéralisme qui permettent les innovations. D'autres formes d'assistance familiale pourront réussir : la colonie agricole autour de l'asile, le système de Dun, le système de dissémination ont tous les trois du bon. On pourra arriver peut-être à ne pas priver l'aliéné de ses droits.

M. SUTHERLAND. — J'estime que 60 pour 100 des aliénés pourraient vivre en dehors des asiles.

M. DOUTREBENTE. — On parle beaucoup depuis quelque temps de l'aliénation contractée dans les asiles; il est probable qu'elle n'existe pas. Pour mon compte je ne l'ai jamais vue. Je voudrais bien qu'on me décrivît cette fameuse démenes d'asile. Quant aux colonies agricoles, elles existent déjà dans certains asiles français, et les malades s'y trouvent bien.

M. TOULOUSE. — Il y a des malades chez lesquels existe bien une sorte de contagion. J'ai vu un tic (grattage de la tête) se propager dans un quartier surencombré. Des idées délirantes, des chorées sont épidémiques.

M. MARIE. — On voit souvent des déchéances intellectuelles, acquises dans les asiles, et disparaissant après la mise dans une colonie familiale. D'ailleurs, nous avons tellement d'aliénés qu'il ne faut rejeter aucun mode d'assistance.

M. BAJÉNOFF. — J'appuie complètement l'opinion de M. Marie.

M. GIRAUD. — J'estime, pour ma part, que la colonie familiale est un mode d'assistance, non de traitement.

M. KÉRAVAL. — Je demande la permission de faire remarquer que c'est moi qui, au Congrès international d'assistance publique de 1889, ai fait le rapport sur : « *L'aliéné hors des asiles publics et privés; colonies d'aliénés, assistance familiale des aliénés* ». Ce sont mes conclusions qui, résumées, ont été adoptées par l'assemblée. M. Bajénoff s'est borné à une communication sur l'utilité des colonies familiales au point de vue spécial de la Russie.

M. TOULOUSE. — Les asiles actuels ne sont pas comparables aux hôpitaux; ils n'en ont pas l'avantage moral.

LES FORMES PATHOLOGIQUES DE LA ROUGEUR ÉMOTIVE

par M. P. HARTENBERG,

de Paris.

La rougeur émotive, *réaction émotionnelle*, caractérisée par une *vaso-dilatation cutanée*, marquée surtout au visage et ne survenant qu'en présence de la personne humaine, se rapproche normalement de la pudeur et de la honte.

Elle peut donner lieu à des troubles morbides de trois degrés.

Au 1^{er} degré, c'est une *simple exagération du phénomène vasomoteur*, dont l'intensité est disproportionnée avec les circonstances où il se produit. Elle représente une sorte de dermatose émotive intermittente, à laquelle on pourrait donner le nom de *maladie de la rougeur* ou *éreuthopathie*.

Au 2^e degré, la *rougeur se complique de peur anxieuse*. Le malade s'affecte de son infirmité, en redoute le retour, fuit la société où elle se produit. Une phobie se constitue, l'*éreuthophobie*, qui se traduit par des *crises aiguës paroxystiques*.

Au 3^e degré, la *peur est devenue chronique*. Le malade pense sans cesse à sa rougeur : elle devient une idée fixe autour de laquelle s'oriente toute sa vie mentale et affective. C'est l'*obsession de la rougeur*.

L'analyse psychologique montre que la *phobie et l'obsession de la rougeur* sont constituées par deux phénomènes émotionnels combinés : l'*émotion de la rougeur*, l'*émotion de la peur*. La première a provoqué la seconde dans le premier stade de l'affection; puis, dans le deuxième

stade, la peur provoque la rougeur par un mécanisme semblable à celui d'une impulsion irrésistible. Toutefois, *l'élément important de la phobie est l'émotion anxieuse de la peur*, liée à l'émotivité constitutionnelle du sujet, qui se fixe sur la rougeur pour en faire l'objet d'une phobie dont elle fournit la matière. Cette *émotivité relève le plus souvent de la dégénérescence* héréditaire ou acquise. C'est ce que montrent les cas étudiés par l'auteur, où l'on voit la rougeur ne s'accompagner d'aucune complication phobique et rester à l'état de maladie simple de la rougeur chez un sujet normal, tandis qu'elle donne lieu tantôt à la phobie, tantôt à l'obsession de la rougeur, suivant que les tares dégénératives des malades sont plus ou moins accentuées.

DES HALLUCINATIONS VISUELLES COMPLÉMENTAIRES CHEZ LES AMPUTÉS

par M. Pierre PARISOT,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

Les amputés ont des sensations illusoires connues depuis longtemps, mais étudiées surtout dans ces quarante dernières années par Guéniot, Weir Mitchell, Pitres et son élève Abatucci, Raymond et Arundel; ces sensations illusoires constituent le membre fantôme.

L'amputé sent son membre perdu dans ses diverses parties, il a des douleurs, des picotements, des lancées, des sensations de froid et de chaud; il perçoit, à certains instants, les diverses positions que prend ce membre; avec lui il croit toucher le sol ou des objets et faire des mouvements volontaires ou spontanés: en résumé, il a des hallucinations de la sensibilité générale, du toucher, du sens musculaire, des hallucinations psycho-motrices.

Telles sont les hallucinations connues dont la synthèse constitue le *membre fantôme*.

Je me suis demandé s'il n'existait pas des hallucinations visuelles qui venaient compléter, pour ainsi dire, le membre fantôme.

Quand nous faisons un mouvement du bras par exemple, nous sentons le membre qui l'exécute, nous percevons ses changements de positions, nous avons conscience de la direction que nous lui imprimons, nous avons des sensations de contact; mais ce n'est pas tout: nous *regardons* notre bras accomplir ce mouvement et grâce à la vue nous pouvons diminuer ou augmenter l'amplitude de ce mouvement, en modifier la direction, etc. A l'état physiologique il y a souvent, dans

l'accomplissement d'un mouvement, concours de la vue; il s'établit dès lors une véritable association fonctionnelle analogue à celle du toucher, de la sensibilité générale, du sens musculaire, etc.

Partant de cette donnée physiologique, je me suis demandé si l'amputé ne voyait pas aussi son membre fantôme, s'il n'avait pas une représentation visuelle nettement extériorisée de son membre perdu. Cette hallucination visuelle complémentaire n'est pas signalée par les auteurs et cependant il était intéressant de savoir si parfois elle ne venait pas se surajouter aux éléments constituants habituels du membre fantôme. Le fait me paraissait *a priori* d'autant plus probable que les associations fonctionnelles de différents sens sont généralement cohérentes :

Sur 20 amputés venus à ma consultation des maladies mentales et nerveuses de l'hospice Saint-Julien, ou traités à ma clinique, 4 présentaient ces hallucinations visuelles complémentaires. Leurs observations se trouvent consignées avec détails dans une thèse faite sous mon inspiration par mon élève distingué, M. Reny, et intitulée : *Contribution à l'étude des membres fantômes*¹.

L'examen des sujets est délicat, car, dans l'interrogatoire, il faut avoir soin de bien faire préciser à l'amputé s'il croit voir réellement son membre perdu et non pas s'il se le représente simplement par la pensée; il s'agit ici, en effet, d'hallucination visuelle franchement extériorisée et non de simple vision mentale. Je suis étonné que ces hallucinations visuelles ne soient pas plus fréquentes, surtout chez les amputés du membre supérieur; les mouvements de la main sont en effet dirigés d'une manière incessante par la vue dans l'exercice de maintes professions et à ce titre l'association fonctionnelle devrait être plus cohérente. Sur nos quatre sujets, deux sont amputés du membre supérieur et deux du membre inférieur. Ce sont des hommes âgés de 15, 45, 55 et 62 ans; ils ne présentent aucun signe de maladie nerveuse ou mentale: l'un d'eux cependant est alcoolique et un autre doué d'une émotivité exagérée.

L'hallucination visuelle naît sous l'influence de causes diverses. La pression d'un névrome situé dans la cicatrice d'un moignon suffit pour faire apparaître aux yeux de l'amputé le bras coupé avec la même netteté que le bras qui lui reste (Ob. IV). Sous l'influence de contractions musculaires dans le moignon au cours de la marche, l'hallucination visuelle se produit (Ob. I); la volonté seule suffit également à donner naissance à ce phénomène (Ob. I); au réveil l'hallucina-

1. F. RENY. Contribution à l'étude des membres fantômes. Thèse de Nancy, 1899.

tion se produit quelquefois, elle semble favorisée par ce passage du sommeil à l'état de veille (Ob. II et III).

Sous quel aspect les amputés revoient-ils le membre perdu? A en juger par l'observation I, qui a trait à un jeune homme de 15 ans amputé à l'âge de 5 ans, le membre coupé se présenterait sous le même aspect que le membre symétrique qu'il a conservé. Ce jeune homme de 15 ans voyait sa jambe non pas comme celle d'un enfant de 5 ans, mais avec le volume et la grandeur de celle qui lui restait.

L'interposition de verres de couleur entre l'œil du sujet et l'image extériorisée permet d'impressionner par l'intermédiaire de la rétine le centre visuel cortical et de modifier l'hallucination. L'image est renforcée par le rouge, le bleu, l'orange, supprimée par le vert (Ob. IV); elle est renforcée par l'orange, et diminuée par le rouge (Ob. I). L'hallucination visuelle est intimement liée à la production des hallucinations de la sensibilité générale, du sens musculaire, etc., ainsi qu'il ressort de la lecture des faits. Mais si l'hallucination visuelle ne se produit pas sans existence du membre fantôme, elle peut être plus complète, et tel membre qui n'est senti que partiellement est vu dans sa totalité (Ob. IV).

Voici d'ailleurs très résumées les quatre observations auxquelles je viens de faire allusion: elles ont été publiées *in extenso* dans la thèse de M. Reny.

Obs. I. — K..., relieur, âgé de 15 ans, amputé à l'âge de 5 ans pour fracture compliquée de la jambe.

Il est l'aîné de 5 enfants vigoureux, ses parents sont bien portants; il n'est lui-même ni nerveux, ni émotif, ni irritable, il n'a jamais eu de crises convulsives. L'amputation a porté sur le tiers inférieur de la cuisse; depuis l'opération le sujet a toujours senti son membre inférieur. Cette sensation qui était permanente est devenue intermittente. A la suite d'une excitation du moignon ou en fixant son attention sur le membre coupé, il en sent toutes les parties (orteils, cheville, jambe, genou); le tout est normal, de même forme, de mêmes dimensions, de même température que l'autre jambe. Dans la marche il sent les déplacements des différents articles de son membre fantôme, il sent son pied s'étaler sur le sol, il sent son genou se plier, enfin il le voit; sentant et voyant son membre, il n'est rappelé à la réalité que par la rigidité de son appareil. Au repos, en fixant son attention sur son membre coupé, il le sent et il le voit. « Pour que je ne le voie pas, il faut que je ne veuille pas le regarder », dit-il. Le membre vu est de forme et de dimensions normales, il peut se juxtaposer au membre senti; le sujet voit le mouvement qu'il veut exécuter et il voit son pied fléchi, lorsqu'il le sent fléchi; il le voit étendu, lorsqu'il le sent étendu. Cette vision très nette, aussi claire que celle du membre existant, s'obscurcit un peu, mais persiste lorsqu'on enlève au sujet son appareil. Soumis à l'expérience des verres colorés,

K... voyait très nettement à travers le verre orange, tandis que le rouge ne laissait percevoir qu'une image obscure.

Obs. II. — P..., manoeuvre, âgé de 45 ans. Amputé en 1885 au 1/5 supérieur de la jambe pour une fracture compliquée; a des habitudes alcooliques.

Depuis son opération, il perçoit continuellement les différentes parties de son membre coupé (orteils, talon, cheville, mollet); il le sent tel qu'il était avant son accident, avec la même forme et les mêmes dimensions que le membre sain. La nuit, lorsqu'il se réveille, il lui arrive parfois de voir sa jambe amputée: elle lui apparaît comme sa jambe saine et, ne pouvant en croire ses yeux, il cherche à la saisir dans ses mains.

Obs. III. — C..., âgé de 55 ans, cordonnier, a eu le bras amputé en avril 1895 pour une affection tuberculeuse.

Son père est alcoolique; sa mère très nerveuse, mélancolique; il est lui-même irritable, émotif, mais n'accuse pas d'habitudes alcooliques. Pendant la première année qui a suivi l'amputation, le sujet a senti continuellement son bras coupé; cette sensation est encore continue par le froid ou l'humidité; mais lorsque la température est douce et sèche, l'hallucination s'éteint. Elle peut être réveillée par la pensée, il sent nettement les doigts, la main, l'avant-bras et le coude; le bras est de longueur normale, étendu le long du corps, les doigts sont en extension. Lorsqu'il s'éveille, le sujet voit quelquefois son bras amputé, étendu contre le corps, de grandeur et de forme normales, et il cherche de sa main saine la main amputée; il est tout étonné de ne pas la trouver à l'endroit où il la voit.

Obs. IV. — P..., âgé de 62 ans, commissionnaire, fut amputé en 1884 pour un phlegmon du bras consécutif à une fracture compliquée du poignet. Pas d'hérédité nerveuse connue, il ne paraît pas avoir d'habitudes alcooliques.

Le moignon présente à sa face interne un névrome. La cicatrisation du bras a demandé 15 mois et, environ un an et demi après, le sujet a ressenti des douleurs dans la main et le poignet. Les doigts paraissaient accolés l'un à l'autre et de temps en temps étaient traversés de lancées. Ces douleurs, quoique plus rares, se produisent encore maintenant sous l'influence des modifications atmosphériques. P... n'a jamais senti son avant-bras ni son bras, il perçoit sa main à la distance normale du bras.

Si l'on comprime le névrome, le sujet sent nettement les différentes parties de la main; en même temps qu'il perçoit ses doigts, il prétend voir son bras coupé aussi nettement que son bras sain. « Il me saute aux yeux », dit-il; il est étendu, les doigts sont accolés les uns aux autres, le bras est nu, il est de forme normale et il en voit tous les détails. Le membre coupé est donc senti partiellement et vu en totalité.

L'interposition d'un verre vert entre l'œil et l'image fait disparaître l'hallucination visuelle.

En résumé, chez quelques amputés il existe des hallucinations visuelles, à vrai dire complémentaires, qui viennent se surajouter aux diverses hallucinations que les auteurs ont déjà étudiées et groupées

pour constituer le membre fantôme. D'après les faits cliniques un amputé ne sent pas seulement son membre perdu, mais il peut le voir distinctement sous un aspect analogue à celui du membre symétrique qui lui reste. La vision du membre fantôme se modifie par l'interposition de verres de couleur entre l'œil du sujet et l'image extériorisée.

Les hallucinations visuelles sont tantôt spontanées, tantôt provoquées par la volonté de l'amputé ou par une excitation quelconque du moignon; elles n'existent que chez les amputés qui ont un membre fantôme; mais si ce dernier n'est senti que partiellement, il est cependant vu dans sa totalité.

La persistance de l'association fonctionnelle du centre visuel cortical avec les autres régions sensitivo-sensorielles ou psycho-motrices de l'écorce cérébrale explique la production de ces hallucinations de la vue qui viennent ainsi compléter le membre fantôme.

DÉLIRE CONSÉCUTIF AUX BRULURES GRAVES

par le docteur E. RÉGIS,

Chargé du cours de psychiatrie à l'Université de Bordeaux.

Tous les états d'auto-intoxication, quels qu'ils soient, peuvent s'accompagner de troubles psychiques, consistant habituellement, et à des degrés variables suivant les cas, en confusion mentale avec délire spécial. Ce délire, comme je l'ai montré, est essentiellement un *rêve en action*, une sorte d'état second ou somnambulique avec amnésie consécutive plus ou moins complète, susceptible d'être influencé par la suggestion hypnotique. Je l'ai appelé pour ces motifs *délire onirique*, nom sous lequel il semble tendre à être aujourd'hui généralement accepté.

Ce délire a, dans l'espèce, une importance et une signification telles que je le considère comme caractéristique de toutes les intoxications, exogènes ou endogènes. Cela veut dire qu'à mon sens, toute intoxication quelle qu'elle soit et d'où qu'elle vienne, si elle donne lieu à du délire, doit produire du délire onirique et, comme corollaire, que tout délire onirique implique à son tour un substratum d'intoxication.

C'est ainsi que j'ai pu établir que certaines psychoses, par exemple la psychose traumatique et la psychose post-opératoire vraies, j'en-

tends celles dues à l'action directe ou indirecte du shock ou des divers éléments de l'opération et non pas à une disposition vésanique préexistante, étaient des psychoses auto-toxiques, à type onirique.

En est-il de même en ce qui concerne les brûlures?

On sait que les accidents consécutifs aux brûlures graves et étendues, de même que ceux du vernissage, sont considérés comme le résultat d'une auto-intoxication que l'on a pu comparer à l'urémie.

Les recherches et expériences des auteurs récents, en particulier celles de Foa, Reiss, Vassale et Sacchi, Kianicine, Coyer et Guimard, enfin Roger, sont très démonstratives à cet égard.

Les brûlures graves doivent donc, si ma proposition est vraie, se traduire, elles aussi, cérébralement, par du délire onirique.

Malheureusement, il n'existe pas, à ma connaissance, un seul fait publié de délire de brûlure, ce qui tient à ce qu'il s'agit là, comme dans le délire post-opératoire, de ce que j'appelle les *délires hospitaliers*, c'est-à-dire de délires évoluant dans les hôpitaux, en dehors de l'observation des aliénistes.

J'ai eu l'occasion d'étudier récemment un cas typique de délire de brûlure. En voici le résumé sommaire :

Homme de trente-trois ans, ouvrier fondeur, sans antécédent héréditaire, bien portant, très sobre, qui un jour fut éclaboussé sur toute la partie postérieure du corps, de la nuque aux talons, par une pluie de fonte en fusion. Brûlures graves, à degrés divers, qui l'immobilisèrent longtemps et ne furent entièrement cicatrisées qu'au bout de cinq mois.

Pas de perte de connaissance ni de perturbation mentale lors de l'accident et durant les premiers jours. Au sixième jour, apparition d'un trouble psychique, essentiellement caractérisé par un état de confusion extrême (le malade, par exemple, urinait dans le bassin, puis versait cette urine dans son verre et la buvait). Dans la journée, tout se bornait à cet état d'hébétéude. Mais chaque nuit, à dater de huit heures et demie à neuf heures, il présentait du délire de rêve, à type professionnel, revivant des scènes de famille ou de l'usine, courant çà et là tout nu, les pausements enlevés et sans souffrir de ses plaies, dans la salle, faisant ses besoins au hasard et se couchant dans le premier lit venu; tant et si bien que, sur la plainte de ses voisins, on dut le placer à l'isolement. Vers quatre à cinq heures du matin, le délire cessait et le malade, fatigué, s'endormait d'un sommeil assez calme.

Ce délire nettement onirique dura environ un mois. La confusion mentale se prolongea plus longtemps et ne disparut que peu à peu, laissant après elle une amnésie complète de la première partie de la période délirante.

L'apparition du trouble psychique avait coïncidé avec une diminution très notable du taux urinaire. La quantité d'urine redevint normale (1500 grammes) au moment de la guérison du délire, malgré la persistance de la confusion mentale.

Il suit de là :

Que les brûlures graves et étendues peuvent donner naissance à des troubles psychiques se manifestant sous la forme de confusion mentale avec délire à type onirique ;

Que c'est là un argument de plus à l'appui de l'opinion que le délire onirique est le délire caractéristique des intoxications, quelles qu'elles soient.

DE L'IDIOTIE MORALE ET DE SA FRÉQUENCE DANS LA DESCENDANCE DES ALIÉNÉS

par **M. le docteur Daniel BRUNET,**

Directeur médecin honoraire des asiles publics d'aliénés

Morel a démontré que les maladies mentales allaient en s'aggravant d'une génération à l'autre, et qu'on rencontrait souvent la folie morale dans la descendance des aliénés. L'exactitude de ces deux faits, qui sont fondamentaux dans l'étude de l'aliénation mentale héréditaire, est incontestable, et nous l'avons souvent vérifiée nous-même. S'ils présentent d'assez nombreuses exceptions, cela tient à ce que, lorsqu'il n'y a qu'un parent aliéné, son influence nocive peut être diminuée ou même annihilée par l'influence favorable du générateur bien portant.

L'expression de folie morale désigne une grande perversion morale, caractérisée par l'exaltation d'un ou plusieurs instincts égoïstes, et l'absence plus ou moins complète des instincts altruistes. Elle rend les individus, chez lesquels elle existe, incapables de s'adapter à l'ordre social. Cette expression est impropre, parce qu'elle paraît supposer que cette perversion s'accompagne d'idées délirantes, ce qui n'a pas lieu, à moins de complication qui, il est vrai, n'est pas rare. Le nom d'idiotie morale, employé par quelques auteurs, pour la désigner quand elle est congénitale, et sous lequel Krafft-Ebing la décrit avec une grande précision, lui convient beaucoup mieux. Quand elle est acquise, à la suite de maladies accidentelles, ou de mauvaises conditions sociales, on doit lui donner le nom de démence morale.

On peut subdiviser l'idiotie morale, suivant les degrés de la perversion, en idiotie proprement dite, imbecillité et débilité morales.

Cette idiotie est une dégénérescence, comme l'admettent Magnan, Féré, J. Voisin, et non pas un retour à l'état sauvage de nos ancêtres,

comme le soutient Lombroso, au moyen d'arguments spécieux. La stérilité fréquente des idiots moraux, et quand elle n'existe pas, le peu ou pas de viabilité de leurs enfants, la faiblesse de leur constitution, l'absence de poils sur des parties du corps, qui en sont habituellement pourvues, ne se rencontraient pas chez nos ancêtres, très prolifiques, doués d'une vigoureuse santé, d'un système pileux très abondant. Ils ne manquaient pas, d'ailleurs, de sentiments altruistes, sans quoi ils n'auraient pas pu vivre en société.

Les stigmates physiques de la dégénérescence morale sont à peu près les mêmes que ceux de la dégénérescence intellectuelle, que personne ne regarde comme un retour atavique ; ils ne sont pas constants, et, quand ils existent, ils sont parfois peu marqués, peu nombreux, ce qui leur ôte toute importance réelle. En outre, on peut les rencontrer chez des individus dont toutes les facultés cérébrales sont très développées.

L'idiotie morale s'accompagne souvent d'une certaine faiblesse intellectuelle ; mais on l'a vue aussi coexister avec la plus haute intelligence, comme le fait justement remarquer Maudsley. C'est donc, bien à tort, qu'une nouvelle école psycho-physiologique, reniant tout le passé, veut supprimer les facultés morales, en tant que facultés cérébrales, distinctes des facultés intellectuelles, et ne considère le sens moral que comme le degré le plus élevé de l'intelligence.

Les idiots moraux constituent un danger permanent pour la société, et devraient être placés dans des maisons spéciales, où l'on tâcherait d'améliorer leur état, et dont ils ne sortiraient que sur l'avis d'une commission compétente, qui examinerait si leur amélioration est suffisante, pour permettre de les rendre à la liberté.

Leur place n'est pas dans les asiles d'aliénés, où ils sont une cause continue de désordre, par leurs instincts vicieux, et leurs fréquentes tentatives d'évasion, contre lesquelles ces établissements ne présentent pas d'assez grandes garanties. Pour empêcher la réussite de ces tentatives, on est forcé d'exercer sur eux une surveillance très rigoureuse, de les priver souvent de travail, ce qui aggrave leur état et rend leur vie très pénible.

On peut subdiviser les différentes formes de l'idiotie morale, d'après l'instinct égoïste le plus développé, et admettre, ainsi, des idioties nutritive, sexuelle, destructive, ambitieuse¹.

L'idiotie destructive, caractérisée par l'excitation de l'instinct destructeur, est la forme la plus nette, la plus fréquente, et elle est pres-

1. On peut établir, d'après le même principe, une classification des différentes formes de folie.

que toujours associée aux autres formes d'idiotie morale. Elle comprend la pyromanie, la monomanie homicide, tous les actes de violence et de cruauté désordonnés. J'ai observé, pendant plusieurs années, deux jeunes gens, chez lesquels cet instinct était tellement irrésistible, qu'ils ne pouvaient s'empêcher, quand ils avaient un instant les mains libres, de déchirer immédiatement tous leurs vêtements, quelque temps qu'il fit, de briser, de casser tous les objets qui se trouvaient à leur portée, et l'un se livrait en outre à des actes de violence contre ses gardiens, sans aucun motif, comme il le reconnaissait lui-même ; il cherchait même à attenter à leur vie. Ils n'étaient épileptiques ni l'un ni l'autre, n'avaient ni idées délirantes, ni hallucinations, présentaient simplement une légère faiblesse intellectuelle.

L'idiotie morale est produite par des lésions morbides ou des malformations cérébrales, qui sont moins bien connues que celles de l'idiotie intellectuelle, parce que les individus qui en sont atteints meurent, la plupart, dans les maisons de détention, et que, par un singulier excès de bienveillance à leur égard, l'administration pénitentiaire refuse d'en laisser faire l'autopsie, comme s'ils étaient plus dignes d'intérêt que les aliénés dont elle est obligatoire, que les malades de nos hôpitaux.

L'idiotie morale est très fréquente dans la descendance des aliénés, et nous l'avons trouvée très bien caractérisée dans le tiers des cas des dégénérés. Les autres, sans présenter une dégénérescence aussi profonde, avaient presque tous une certaine débilité morale. Cette faiblesse des facultés morales s'explique facilement par les causes de la folie, qui consistent ordinairement dans une excitation trop vive ou trop prolongée des instincts égoïstes, persistant pendant toute la durée des troubles intellectuels, et se prolongeant même souvent, au-delà de cette durée. Cette excitation développe nécessairement ces instincts, et leur développement morbide exagéré est encore accru chez les enfants par la transmission héréditaire qui, comme nous l'avons dit, est progressive.

Pour empêcher la folie et le crime, qui sont bien de la même famille, de se produire chez ces enfants, il importe de réprimer, chez eux, les sentiments de la personnalité et de développer ceux de la sociabilité, par une éducation morale, longue et bien dirigée. Il importe aussi de leur assurer une vie sobre, calme, laborieuse, n'exigeant pas une trop grande activité cérébrale.

L'instruction qu'il ne faut pas négliger, a une efficacité préventive beaucoup moins grande que l'éducation.

La séance est levée à 4 heures.

JEUDI 9 AOUT*Séance du matin.*Présidence de **MM. Gilbert BALLET, MELLO REIS et MAGNAN**

SOMMAIRE. — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale (avec projection de préparations histologiques et micro-photographies de ces préparations), par MM. ROUBINOVITCH et VLAVIANOS. — Contribution à l'étude de l'hérédité dans les états mentaux de l'enfant, par M. BLIN. — Fréquence des lésions hépatiques dans les cas de délire en cours des maladies infectieuses, par M. Maurice FAURE. DISCUSSION : MM. DOUTREBENTE, BRIAND, REY. — De l'isolement des tuberculeux dans les asiles d'aliénés, par M. MARIE. DISCUSSION : MM. GIRAUD, BRIAND, MARIE. Vote d'un vœu. — Passage entre la vie ordinaire et la maison d'aliénés, par M. Gustave D'OLAH. — Rapport entre la criminalité des enfants et l'alcoolisme des parents, par Mlle Louise ROBINOVITCH. — Des conditions d'avancement du personnel administratif des asiles d'aliénés, par M. DOUTREBENTE. — Du travail comme moyen de traitement des aliénés et spécialement de la colonie du Verger, annexe de l'asile d'Auxerre, par M. LAPOINTE. — Des colonies d'aliénés, par M. DEPÉRON. — De la responsabilité dans les cas de placement familial ou en section ouverte, par M. MARIE. — Rage des rues : lésions de la moelle cervicale. Présentation de photographies, par M. Th. TATY. — Clôture du Congrès : MM. MAGNAN, RITTI, MESCHÉDE.

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

**CONTRIBUTION CLINIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE
A L'ÉTUDE DE LA CONFUSION MENTALE**

*avec projection des préparations histologiques et micro-photographies
de ces préparations.*

par **M. le docteur ROUBINOVITCH,**

Médecin adjoint de la Salpêtrière,

et **M. le docteur VLAVIANOS,**

d'Athènes.

I

MESSIEURS,

Il nous a paru intéressant de profiter d'une réunion internationale d'aliénistes pour attirer à nouveau votre attention sur le syndrome que nous appelons en France, avec Delasiauve et surtout avec son pieux commentateur, M. Chaslin, la *confusion mentale primitive*.

Dans un travail paru en 1894 et que l'un de nous a fait à l'instigation de M. le professeur Joffroy, sur les *variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*¹, se trouvent indiqués quelques titres sous lesquels on désigne ce syndrome : confusion (Delasiauve, Chaslin, Régis, Séglas, etc.), hallucinatorischer Wahnsinn (Krafft-Ebing), einfache Verwirrtheit (Wille), hallucinatorische Verworrenheit (Konrad), amentia (Meynert, Serbski), dysnoia (Korsakoff, etc., etc.).

Rien que ces mots, dont le sens vous est connu et dont nous ne voulons pas allonger inutilement la liste, indiquent les manières *nosologiques* très différentes dont est comprise la chose qu'ils veulent désigner. Une entente médicale internationale ne serait donc vraiment pas inutile.

Maintenant, si nous plaçons la question sur le terrain pathogénique, nous constatons un malentendu aussi accusé au sujet de la confusion mentale primitive.

Par exemple, M. Chaslin a publié, comme vous le savez, en 1895, un petit volume intitulé : *La confusion mentale primitive* et qui constitue un hommage à la mémoire de son maître, Delasiauve. Dans la première page de son avant-propos, M. Chaslin exprime le désir très compréhensible, d'ailleurs, d'être lu non seulement par le cercle restreint des aliénistes, mais par le grand public médical. Eh bien, après avoir parcouru cet ouvrage, je l'ai fait lire, pour exaucer le vœu de l'auteur, à plusieurs médecins, non spécialistes dans l'étude des maladies mentales.

La première chose qui les a frappés, c'est la distinction fondamentale que M. Chaslin établit entre la confusion mentale PRIMITIVE et la confusion mentale SECONDAIRE. Dans la pensée de ces médecins, une affection dite PRIMITIVE est une affection qui éclate en pleine santé, sans qu'aucune autre maladie locale ou générale puisse être considérée comme cause déterminante appréciable.

Or, les faits ne répondent aucunement à cette définition, puisque tous les cas de confusion mentale dite primitive ont toujours été secondaires à un état pathologique antérieur. Le mot « primitif » tout court de M. Chaslin prête donc, à notre avis, à une confusion regrettable. En réalité, le terme « primitif » appliqué à la confusion mentale veut tout simplement dire que le syndrome est indépendant de tout phénomène morbide antérieur, MAIS DE NATURE PSYCHIQUE SEULEMENT : qu'il est indépendant, par exemple, d'une illusion, d'une hallucination, d'une idée délirante antérieures.

1. ROUBINOVITCH. *Variétés cliniques de la folie en France et en Allemagne*. Paris, 1894, p. 110 et suiv.

Pour ma part, je crois qu'il serait possible d'éviter une interprétation équivoque très regrettable pour la vulgarisation des notions saines sur la confusion mentale, en remplaçant le mot primitif par celui, plus explicite et plus précis de « psycho-primitif », et dire : confusion mentale psycho-primitive. Cette remarque me paraît d'autant plus justifiée que, dans maints endroits de son livre, M. Chaslin semble vouloir insinuer dans l'esprit du lecteur cette idée, que la confusion mentale dite *primitive* est une affection non seulement primitive en tant que manifestation psychique, mais encore une affection primitive et indépendante de toute maladie somatique, de tout état pathologique antérieur. Là est le point capital de la question de la confusion mentale. Existe-t-il, oui ou non, comme le semblent admettre M. Chaslin et ses partisans, une confusion mentale idiopathique, indépendante de toute agénésie cérébrale, indépendante de toute maladie organique antérieure, de toute affection toxique, infectieuse, cachectique, nerveuse, etc. ?

Voilà ce qu'il importe de savoir, et là encore, pour nous éclairer nous-mêmes et pour renseigner les autres, nous ne pouvions pas choisir un milieu mieux informé que celui où nous portons aujourd'hui le débat.

Enfin, il y a la question encore si obscure, si pauvre en documents et si contestée, de l'anatomie pathologique de la confusion mentale.

Tout fait nouveau, est, croyons-nous, vivement désiré par les aliénistes.

C'est pour toutes ces raisons que nous croyons utile de vous communiquer aujourd'hui deux faits personnels, où le diagnostic du syndrome de la confusion mentale n'a pas été douteux et où l'évolution clinique ainsi que l'autopsie ont donné lieu à des constatations importantes.

II

Le premier fait est relatif à une femme de 52 ans, obèse, de souche arthritique et nerveuse. A l'occasion de la menstruation qui ne s'est établie qu'à dix-sept ans, la malade avait déjà présenté un accès de troubles psychiques, d'une durée de trois semaines, caractérisé par une exaltation maniaque avec préoccupations mystiques et métaphysiques, suivi d'une phase dépressive avec tristesse et abattement. Mariée à 27 ans, elle devint enceinte à trente et un ans. La grossesse et l'accouchement évoluèrent normalement.

Cette dame allaitait son enfant, quand au cinquième mois, on vit apparaître à la partie inférieure du sein gauche, dans le voisinage du mamelon, une plaque rouge, douloureuse au toucher. Pas d'induration, ni de fluctuation, ni de lymphangite, ni d'engorgement du ganglion axillaire.

Une insomnie tenace se déclare en ce moment; la jeune femme devient irritable, passe ses nuits à examiner toutes sortes de problèmes philosophiques et religieux. Peu après, elle présente pendant quarante-huit heures un délire des grandeurs, mêlé d'idées de persécution; puis, elle verse dans un état mental extrêmement confus, où l'incohérence, la dissociation des idées, la désorientation dans le temps et dans l'espace, la destruction de la synthèse des sensations et des perceptions règnent en maîtresses. La malade est placée dans une maison de santé et là, quelques jours après, au moment où elle était maintenue dans un bain, l'ouverture spontanée d'un abcès du sein se produit. L'état mental reste toujours caractérisé par une extrême confusion et, deux jours après l'ouverture de l'abcès, la malade meurt au milieu d'une grande agitation, avec respiration dyspnéique. Nous reviendrons tout à l'heure sur les particularités de cette évolution clinique. Remarquons seulement pour le moment que l'affection a duré dans son ensemble, y compris la période prodromique, vingt et un jours. Que révéla l'autopsie pratiquée vingt-quatre heures après la mort?

Dans la profondeur du sein gauche se trouvait un énorme phlegmon dont l'incision donna lieu à l'écoulement d'une quantité de pus équivalent à trois quarts de verre. Le cœur présentait une surcharge graisseuse considérable; le tissu adipeux s'étendait sur toute la surface de l'organe et pénétrait dans la profondeur, le long des cloisons connectives. Le muscle cardiaque était flasque, friable, se laissant facilement déchirer par les tractions; sa coloration était jaunâtre, mate, feuille morte. Les cavités cardiaques ne contenaient pas de caillots actifs; l'endocarde ne présentait aucune érosion; les valvules étaient normales.

Le poumon droit avait, au niveau de la partie inférieure du lobe supérieur, des adhérences très restreintes avec la plèvre pariétale. Ces adhérences nous ont paru anciennes, car le tissu pulmonaire adjacent ne présentait aucune modification dans sa consistance, ni dans sa coloration.

Une congestion assez vive existait au niveau des reins: les pyramides de Malpighi présentaient une coloration livide, presque noire. Par places, la capsule était adhérente. Le foie était marbré de taches grises et rouges et rappelait l'aspect des foies dits cardiaques.

Au niveau de l'utérus, on remarqua la présence d'une tumeur fibreuse, grosse comme une noix.

Enfin, l'examen macroscopique très détaillé de l'encéphale et de la moelle nous permit de constater une congestion très forte de la pie-mère. L'examen histologique des diverses régions de la corticalité, fait par la méthode de *Nissl*, est resté complètement négatif.

En résumé, dans ce premier cas, la confusion mentale était liée à une infection par un abcès phlegmoneux du sein. L'évolution clinique de cette confusion a présenté une particularité digne d'être soulignée: la transition de la période d'incubation (caractérisée par l'insomnie et une grande irritabilité du caractère) à la période de confusion mentale confirmée s'est faite par l'intermédiaire d'un délire à

apparence systématisée et qui a duré quarante-huit heures; le délire avait si bien cette apparence qu'un aliéniste des plus expérimentés a pu porter ce diagnostic; en effet, la malade déclarait que l'état-major français voulait la faire disparaître parce qu'elle était Israélite; elle entendait la voix de Dreyfus, etc., etc.... Son débit pendant deux jours n'avait rien de confus ni de désorienté; elle divaguait à la manière d'un persécuté systématique d'emblée. Le passage de ce délire à la confusion se fit ensuite brusquement.

Au point de vue somatique, le phlegmon du sein d'une part, l'affection cardiaque d'autre part, constituent deux énormes facteurs auxquels il faut ajouter l'état de dénutrition dans lequel se trouvait cette femme sortant de couches et allaitant. La surcharge graisseuse du cœur qui a causé la mort subite a probablement acquis une gravité insolite sous l'influence de l'infection septique générale. Au point de vue anatomo-pathologique, seule la congestion méningée très vive, très caractéristique, nous rend compte jusqu'à un certain point des phénomènes de la confusion mentale. Un examen bactériologique des méninges eût été très intéressant dans ce cas d'infection générale dont la source était dans le phlegmon du sein; mais il n'a pu être pratiqué. Quoi qu'il en soit, ce cas démontre d'une façon fort nette les rapports intimes, que personne d'ailleurs ne conteste plus aujourd'hui surtout depuis les travaux du Congrès de La Rochelle, entre le syndrome de la confusion mentale et les facteurs infectieux.

III

Le cas suivant est important à cause surtout des constatations anatomo-pathologiques.

Nous avons eu l'occasion de l'étudier dans le service de M. Charpentier.

Le 51 janvier 1900, fut amenée à la Salpêtrière, section Pinel, une jeune femme âgée de 21 ans. Elle avait été accouchée onze jours auparavant, dans la nuit du 20 au 21 janvier, par une sage-femme. Sept jours après son accouchement, le 27 janvier, elle fut prise d'un délire qui nécessita son transfert d'urgence dans un service spécial.

Dès son entrée, on constata chez la malade de la fièvre; le jour même de son arrivée, à quatre heures du soir, le thermomètre marquait 38°2, et à huit heures 39°5; le lendemain à huit heures du matin 38°4; à quatre heures et à huit heures du soir 39°. Il n'y a pas eu de frisson initial.

Cet état fébrile relativement peu intense s'accompagnait d'une grande dénutrition générale et d'une pâleur extrême de la face. Il n'y avait pas de vomissements, ni de constipation. La respiration était normale, et le

ventre n'était nullement rétracté. La malade, qui remuait constamment dans son lit ne présentait aucune raideur à la nuque, et la flexion ou l'extension des membres ne déterminait pas de contractures. La face agitée par le délire ne présentait pas de signes de trismus. Il n'y avait ni mâchonnement, ni grincement des dents, ni d'autres grimaces. Les pupilles étaient égales et dilatées. Les réflexes rotuliens étaient présents. Aucune photophobie, aucune douleur à la pression des globes oculaires. La peau était constamment inondée de sueur. L'accélération du pouls était proportionnelle à l'élévation de la température; le pouls était ample et la tension artérielle mesurée à l'aide du sphygmomètre de Bloch était de quatorze.

Pas de tremblement, ni de crampes, ni de secousses. L'examen des urines n'a pu être réalisé, la malade laissant échapper les urines et les matières fécales dans son lit. Des injections vaginales permirent de constater l'existence de pus et l'exploration de la cavité abdominale démontra l'existence d'un utérus un peu augmenté de volume, douloureux à la palpation et laissant échapper par l'orifice du col, un liquide nettement purulent. La constatation de cette endométrite expliquait dès lors l'état somatique avec la fièvre hectique et l'infection générale. L'haleine était extrêmement fétide. Quant au délire, nous avons dit qu'il débuta le 27 janvier, au soir, sept jours après l'accouchement. La malade avait commencé, deux jours auparavant, à allaiter son enfant, lorsque, dans la soirée du 27, elle devint subitement excitée et déclara qu'elle voulait sevrer son petit. L'excitation alla en augmentant à chaque heure, présentant dès le début le tableau clinique de la confusion mentale la plus intense. Quand nous la vîmes, pour la première fois, le 31 janvier, elle se présentait ainsi :

La face pâle, couverte du sueur, les yeux hagards, les cheveux en désordre, remuant et gesticulant sans cesse dans son lit, jetant tout par terre : traversin, couverture, draps, oreillers, et parlant sans cesse d'une voix fatiguée, par moments même enrouée, avec volubilité et incohérence. Parfois, le débit semblait automatique. C'étaient des mots associés sans qu'on pût saisir ni leur sens, ni la raison de cette association; des phrases n'ayant entre elles aucun rapport apparent.

Par exemple :

« Comme si ça se tenait par la barre.... Ah oui, mais pour un gros morceau comme ça. Mon sichoppe, vous allez le laisser pourrir donc...
« C'est donc sèche, je ne pouvais jamais attraper.... Sichoppe!... Suffit!...
« Voir le dessous....

« C'est cela, nous voulons dîner tout de suite.... Foutez le camp avec vos poissons.... Surtout lourds, tout cela dans le même panier... »

Nous avons noté chez elle, à plusieurs reprises, le phénomène de l'écholalie, la malade répétant automatiquement les mots ou les phrases qu'on disait près d'elle. Des hallucinations et des illusions venaient également donner leur note dans le concert si tristement confus :

« Ça sonne! Qui sonne? » criait de temps en temps la malade, ou bien :

« On peut toujours ouvrir le tiroir qui est là, mère!... »

Pendant qu'elle parlait ainsi sans arrêt, tous les membres et la tête remuaient d'une façon automatique et continuelle. La dissociation de la

synthèse des sensations et des perceptions (symptôme psychique fondamental de la confusion) était tellement prononcée que, regardant en ma présence sa mère et son mari, elle ne les reconnaissait pas. Ce n'est qu'une fois, par hasard, qu'en insistant j'ai pu fixer un instant son attention en lui demandant à plusieurs reprises : « Où avez-vous mal ? » Elle finit par dire ces deux mots : « Au ventre », rapidement, pour reprendre aussitôt après son dialogue prolix et incohérent.

Dès le lendemain de son entrée, la faiblesse générale de la malade devint extrême, tandis que l'agitation avec confusion augmentait toujours. Dans la soirée du 2 février, la malade sauta sur son lit et se mit tout debout, à plusieurs reprises. Une hémorragie intra-utérine se produisit, laquelle ne calma aucunement l'agitation. Dans la nuit du 2, la malade succomba, dans une syncope.

L'affection mentale, commencée le 27 janvier, ne dura donc que six jours complets. A l'autopsie, nous trouvâmes, dans le petit bassin, l'utérus augmenté de volume et laissant sourdre du pus par la cavité du col. La section de l'organe révéla l'existence, au niveau de son tiers inférieur, d'une collection purulente; la quantité totale de pus qui était épais, bien lié, crémeux, sans odeur, peut être évaluée à deux cuillerées à soupe. Toute la surface interne de l'utérus était couverte de caillots sanguins très abondants, peu adhérents à la paroi et friables.

Tout le feuillet péritonéal environnant présentait une congestion intense.

IV

Non moins importantes furent les constatations faites du côté de l'encéphale.

Avant de les exposer, il nous paraît important de rappeler, aussi brièvement que possible, ce que la littérature médicale possède déjà, en fait de données anatomo-pathologiques du système nerveux relatives à la confusion mentale. Ces données sont de deux ordres : macroscopiques et microscopiques.

Au point de vue macroscopique nous avons les autopsies de Etoc-Demazy¹ qui, dès 1855, constate dans plusieurs cas de stupidité, équivalent clinique de notre confusion mentale d'aujourd'hui, une suffusion œdémateuse du cerveau.

Les recherches de Wille² concordent avec les autopsies de Etoc-Demazy : lui aussi signale l'existence de l'œdème cérébral, de l'hydrocéphalie externe et interne, de l'anémie cérébrale et, dans quelques cas, de l'atrophie encéphalique.

1. ETOC-DEMAZY. De la stupidité considérée chez les aliénés. Th. 1855.

2. WILLE. Die Lehre der Verwirrtheit. Arch. f. Psych. t. XIX. 1888.

Plus récemment, M. Kotzowsky¹ a eu l'occasion d'observer à l'asile d'aliénés d'Odessa deux sujets atteints de confusion mentale avec excitation, hallucinations terrifiantes, fièvre et épuisement rapide. Chez le premier d'entre eux, il a trouvé une encéphalite corticale bien caractérisée, ainsi qu'une tumeur gliomateuse du volume d'un pois, qui siégeait à la face inférieure du cervelet et proéminait un peu dans le quatrième ventricule. Dans le second cas, la confusion mentale aiguë, rappelant l'ancien délire aigu, est venue se greffer sur une psychose chronique à forme hallucinatoire, dont le malade était atteint depuis plusieurs mois. On trouva à l'autopsie une encéphalite corticale aiguë tout aussi typique que dans l'observation précédente.

L'histologie pathologique de la confusion mentale est à peine indiquée. Emminghaus² aurait trouvé un état gonflé et trouble des cellules de l'écorce du cerveau. Rychlinski³ a trouvé les cellules de la névroglie du cerveau augmentées, les cellules nerveuses munies d'un pigment brun et d'un protoplasma ou d'un noyau altérés.

Enfin, et avant d'arriver à nos recherches personnelles, nous devons signaler les constatations publiées par MM. Gilbert Ballet et Maurice Faure et relatives aux lésions des cellules de l'écorce cérébrale dans certaines formes de confusion mentale⁴.

Ces auteurs utilisèrent le procédé de Nissl et trouvèrent des altérations cellulaires très importantes que nos propres recherches relatives au second cas viennent confirmer d'une façon frappante. M. Gilbert Ballet déclare textuellement ceci : « Chez des malades présentant la symptomatologie de la confusion mentale, on rencontre des lésions des cellules de l'écorce, assez grossières pour que leur réalité et leur signification ne puissent être mises en doute, lorsqu'on les étudie par la méthode de Nissl. » M. Maurice Faure nous a montré à la dernière séance des préparations histologiques très intéressantes et très démonstratives à cet égard.

Ce court historique nous a paru utile pour la compréhension plus nette de ce qui va suivre au sujet des résultats que nous a donnés l'examen macroscopique et histologique du cerveau de notre second malade. A l'ouverture du crâne, la dure-mère nous paraît intacte. Cette dernière étant incisée et rabattue, nous vîmes

¹ T. KOTZOWSKY. *Roussk. Arch. Patol.*, mai 1898, et *Semaine Méd.*, p. 304, 1898.

² EMMINGHAUS. Zur Pathologie der postfebrilen Dementia, etc. *Arch. f. Psych.*, t. XVII, f. 5.

³ Voir CHASLIN. Confusion mentale primitive. Paris.

⁴ GILBERT BALLEET. Lésions des cellules de l'écorce cérébrale dans certaines formes de confusion mentale (psychose polynévritique). *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 1898, p. 656.

s'écouler une petite quantité de sérosité opaline; il y avait donc de l'œdème. La pie-mère nous apparut injectée, ce qui se manifestait par le dessin particulièrement net des ramuscules artériels. La congestion pie-mérienne était plus prononcée au niveau des lobes frontaux et des circonvolutions du corps calleux. Aucun exsudat sur la surface de la pie-mère, ni sur le cerveau, ni dans les espaces sous arachnoïdiens. Nulle part, nous ne trouvâmes de plaques de pus. La pie-mère présentait une épaisseur normale et la transparence de l'arachnoïde était ordinaire. Sous la pie-mère congestionnée, mais non adhérente, on constata que la substance nerveuse sous-jacente présentait dans plusieurs endroits un état de dépoli, notamment, au niveau de la frontale ascendante, du lobule paracentral, de la frontale interne et de la circonvolution du corps calleux, aussi bien à droite qu'à gauche; la substance grise parut comme éraflée, sans qu'il y eût, encore une fois, adhérence positive de ces régions avec la pie-mère.

Nous avons étudié ces diverses régions de la corticalité par la méthode de Nissl avec coloration au bleu de toluidine. Cette coloration nous a toujours donné les meilleurs résultats. Les préparations histologiques que nous soumettons à votre examen représentent des coupes pratiquées sur le lobe frontal gauche, au niveau de la partie inférieure de la troisième circonvolution et du lobule paracentral.

L'étude de ces préparations nous a démontré la présence indubitable de lésions cellulaires.

Pour la commodité de la démonstration, nous avons prié M. Mompillard de reproduire nos préparations par la microphotographie. Voici un certain nombre de ces photographies donnant une idée exacte des lésions cellulaires observées, surtout si on compare ces reproductions avec les photographies des cellules normales, également étudiées par la méthode de Nissl.

Vous pourrez de même examiner tout à l'heure nos préparations à l'aide des projections des clichés positifs, et vous pourrez constater les modifications pathologiques suivantes :

1° Modification très fréquente de la forme et du volume des grosses cellules pyramidales : c'est la distension, le gonflement de la cellule qui prend le plus souvent une forme arrondie. Ce fait, qui a été constaté par plusieurs observateurs, particulièrement par MM. Gilbert Ballet et Maurice Faure, mérite, à cause de sa fréquence, une attention toute spéciale, et pour mieux fixer cet important détail dans la pathologie cellulaire générale du cerveau, nous proposons de le désigner par un terme nouveau : de CYTARŒDÈME (*κύταρον*=grosse cellule ronde, *ὄιδεμα*=œdémé), qui résume non seulement la modification morpholo-

gique de la cellule, mais qui *présume* en même temps la nature œdémateuse de cette modification. Or, si nous nous permettons d'émettre l'opinion que la modification cellulaire observée par plusieurs auteurs et par nous est probablement de nature œdémateuse, c'est en raison de l'existence réelle, indubitable, de l'œdème cérébral constaté par nous à l'œil nu. Là encore, nous sommes fortement soutenus par les résultats des autopsies de Etoc-Demazy, de Wille, etc., qui déclarent avoir *toujours* trouvé, dans les cas de confusion mentale, de l'œdème cérébral. Dans notre cas, le phénomène du gonflement cellulaire nous semblerait assez directement lié à l'œdème du cerveau, absolument comme dans l'œdème pulmonaire, surtout l'œdème dit *transsudatif*¹, les alvéoles pulmonaires sont fortement distendues par la sérosité, et quelquefois à tel point que l'alvéole se rompt sous l'influence de cette distension. Cette analogie nous paraît justifiée par la pathologie générale.

Donc, le premier fait histologique que nous révèlent nos préparations, c'est le cytarœdème.

2^o Un deuxième fait est la disparition presque complète dans ces cellules tuméfiées et arrondies des grains chromatophiles; elles présentent une chromatolyse presque complète. Dans quelques-unes des cellules de la couche pyramidale, le protoplasma cellulaire est encore muni de la substance chromatophile, mais celle-ci a perdu son aspect granulé; elle paraît plutôt comme poussiéreuse.

3^o Le déplacement du noyau vers la périphérie de la cellule constitue un fait que nos préparations font nettement ressortir. Le nucléole apparaît dans quelques-unes des cellules plus volumineux que de coutume; il se trouve là fortement coloré par le bleu de toluidine. Plusieurs cellules sont entièrement dépourvues de leur noyau; c'est là une preuve manifeste de la désintégration complète subie par elles.

4^o Presque toutes ces cellules sont dépourvues de leurs prolongements.

5^o Nos préparations nous montrent aussi une augmentation inusitée de noyaux névrogliques que la méthode de Nissl met également en évidence. En examinant le champ microscopique, on constate que pour trois ou quatre cellules nerveuses, il existe un nombre très considérable de noyaux névrogliques; sur certaines préparations, les cellules pyramidales en sont entourées de très près.

Toutes ces lésions nous ont paru sinon identiques comme intensité

1. HONNORAT. Du processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque. *Th. de Lyon*, 1887.

à celles qu'avait déjà indiquées M. Gilbert Ballet, au moins très analogues et dans tous les cas fort différentes des cellules que l'agonie ou la décomposition cadavérique sont capables de produire.

V

Tels sont, Messieurs, les faits cliniques et anatomo-pathologiques que nous avons observés et que nous soumettons à votre examen. Nous ne voulons pas conclure en faveur de telle ou telle théorie. Les théories passent, mais les faits restent.

Or, dans les deux faits que nous venons de vous indiquer, la confusion mentale, en tant que syndrome clinique, était hors de toute contestation. Était-elle primitive, au point de vue pathogénique? Non, évidemment : dans les deux cas, l'infection septique était évidente. Dans notre première observation l'infection se compliquait de plus d'une affection cardiaque. S'agit-il dans les deux cas d'une confusion mentale psycho-primitive? Si la seconde malade a débuté d'emblée par la dissociation complète de la synthèse psychique, la première a eu un état prodromique avec un délire en apparence systématisé et prolongé pendant quarante-huit heures.

Enfin, ces deux cas dans lesquels la confusion mentale s'est terminée par la mort n'ont pas présenté les mêmes lésions cérébrales : dans le premier, simple congestion méningée, sans aucune altération de l'écorce cérébrale, sans aucune lésion cellulaire; ce qui prouve qu'en l'état actuel de nos moyens d'investigation le syndrome de la confusion mentale, même très accentué, peut évoluer sans qu'on puisse constater des lésions appréciables des éléments nobles de la corticalité; dans le second, œdème cérébral, cytarœdème et chromatolyse des cellules de la couche pyramidale.

C'est par ces constatations pures et simples que nous désirons terminer notre contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique de la confusion mentale.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉRÉDITÉ DANS LES ÉTATS MENTAUX DE L'ENFANT

par M. le docteur BLIN.

Il est de notion courante que l'hérédité joue un rôle des plus importants dans l'étiologie des états mentaux de l'enfant.

La présente communication a pour but de préciser les conditions de fréquence de cette hérédité en apportant les résultats de trois cents observations personnelles.

Avant de présenter les résultats, il est utile d'indiquer les conditions suivant lesquelles a été faite la statistique.

Dans chaque hérédité paternelle et maternelle, j'ai fait deux parts, celle de l'hérédité directe et celle de l'hérédité indirecte : dans la première j'ai compris les parents et les grands-parents; dans la seconde, les oncles et les tantes seulement.

J'ai divisé l'hérédité directe en trois sections : la folie, l'alcoolisme et le nervosisme, et, sous le nom de nervosisme, je n'ai compris que l'hystérie, l'épilepsie et les maladies médullaires.

Dans l'hérédité indirecte, je n'ai noté que la folie et le nervosisme.

Les 500 enfants examinés se répartissaient en deux catégories :

1° Les enfants présentant des états de débilité mentale (idiotie, imbécillité, débilité, dégénérescence), au nombre de 216.

Dans ces 216 cas il y avait toujours de l'hérédité.

2° Les enfants atteints de psychoses se répartissent de la façon suivante :

Sur ces 84 enfants, 6 seulement étaient indemnes d'hérédité, soit 2 alcooliques, un maniaque et 3 mélancoliques.

L'hérédité se rencontrait donc dans 92, 85 cas pour cent.

Au sujet des divers facteurs de l'hérédité, la première place, place prédominante, appartient à l'alcool : en effet, il y avait de l'alcoolisme du côté paternel dans 181 cas, de l'alcoolisme maternel dans 42 cas; or, dans 17 cas, l'alcoolisme se rencontrait dans les deux lignes, si bien que 206 enfants étaient issus d'une lignée alcoolique, soit la forte proportion de 68 pour cent. Quant à la folie, elle se rencontrait dans 54 cas en ligne paternelle directe, et dans 59 cas en ligne paternelle indirecte, soit dans 95 cas en ligne paternelle. Dans la ligne maternelle directe, elle se rencontrait dans 50 cas; dans la ligne maternelle indirecte, dans 52 cas, soit dans 82 cas pour la ligne maternelle.

20 enfants présentaient une hérédité vésanique double.

L'hérédité vésanique s'est donc répartie sur 115 enfants, soit dans 38 cas pour cent.

FRÉQUENCE DES LÉSIONS HÉPATIQUES DANS LES CAS DE DÉLIRE AU COURS DES MALADIES INFECTIEUSES

par le docteur Maurice FAURE,

ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Antoine.

Voici le résumé de trois observations de délire chez des pneumoniques :

OBS. I. — P. Pr..., femme, 56 ans. Pas de renseignements sur les habitudes antérieures. Pneumonie lobaire franche aiguë. Délire avec idées de persécution.

Autopsie. — Hépatisation pulmonaire lobaire. Congestion d'autres régions pulmonaires. Reins légèrement atteints (petits reins rouges scléreux). *Foie gras.*

OBS. II. — Jacques Wei..., homme, 56 ans. Pas de renseignements sur les habitudes antérieures. Pneumonie lobaire franche aiguë. Délire avec hallucinations visuelles (animaux). Tremblement.

Autopsie. — Hépatisation pulmonaire lobaire. Congestion d'autres régions pulmonaires. Reins congestionnés, avec une capsule très légèrement adhérente et quelques traces jaunes dans l'écorce rénale. Cerveau très congestionné. Pie-mère épaissie et gorgée de sang. Augmentation du liquide arachnoïdien. *Foie petit et gras.*

OBS. III. — Louis B..., 54 ans. Buteur. Broncho-pneumonie et congestion pulmonaire. — Délire subcontinu pendant plus de 15 jours.

Autopsie. — Congestion pulmonaire. La substance corticale des reins est un peu jaune. Le *foie* présente à la surface et à la coupe l'aspect d'un jeu de patience jaune et brun.

Voici le résumé d'une observation de délire au cours de tuberculose aiguë :

OBS. IV. — Per..., 55 ans. Alcoolique. Tuberculose pulmonaire aiguë. Délire professionnel.

Autopsie. — Lésions tuberculeuses anciennes au sommet du poumon gauche. Petits tubercules jaunes dans toute l'étendue des deux poumons. Reins sains. Cerveau congestionné. *Foie*, nodules jaunes sur fond rougeâtre. Scléreux et criant à la coupe. Coloration d'ensemble pâle. Volume petit. (*Cirrhose.*)

A côté de ces quatre observations¹, d'autres viennent se placer,

1. Les obs. I, II, IV, ont déjà figuré en partie dans nos travaux sur la physiologie clinique et sur l'anatomie pathologique du délire dans les maladies

que nous avons antérieurement publiées *in extenso* et auxquelles nous renvoyons¹. Dans cinq cas, nous avons vu l'évolution de poussées tuberculeuses, chez des femmes atteintes de vastes altérations hépatiques, s'accompagner de troubles mentaux nets et accentués. La plupart de ces femmes étaient alcooliques, et quelques-unes avaient de légères altérations rénales. Les réflexions qui vont suivre seront donc basées sur l'étude de 9 observations suivies d'autopsies, qui ne laissent aucun doute sur la réalité et l'étendue des lésions hépatiques.

L'examen microscopique du foie, pratiqué dans la plupart de ces cas, révèle l'existence de lésions cellulaires intenses (dégénérescence graisseuse), avec quelques altérations interstitielles (infiltration embryonnaire, sclérose). Enfin, du vivant des malades, dans plusieurs observations, on a noté l'urobilinurie, l'ictère, etc.

L'examen microscopique révèle aussi le peu d'intensité et d'étendue des altérations rénales, qui manquent dans plusieurs cas, qui sont peu perceptibles dans d'autres.

Nous pouvons enfin joindre à ces neuf cas, deux observations tout à fait semblables aux cinq précédentes², mais où l'autopsie manque, et dans lesquelles, par suite, l'existence de lésions hépatiques n'est établie que par la constatation des signes cliniques (hypertrophie du foie, douleur, ictère).

Nous arrivons ainsi à un total de onze cas.

En comparant ces onze observations on constate :

1° Que la presque totalité des malades (peut-être leur totalité) étaient alcooliques, et que, par suite, nos observations viennent confirmer cette notion bien connue que, très souvent, les malades qui délirent au cours d'une maladie infectieuse aiguë ou subaiguë (et particulièrement au cours des pneumonies) sont ou ont été des alcooliques.

Reste à savoir si l'alcoolisme est la cause (ou une des causes) des accidents délirants et comment il les peut déterminer. L'alcool ingéré s'accumule-t-il dans le cerveau, ou dans l'organisme, pour agir sur les fonctions cérébrales lorsque l'état général se trouble? — Cette explication est en contradiction avec l'observation fréquente de sujets qui délirent après avoir cessé depuis très longtemps l'emploi de l'alcool, même à très petite dose. Du reste, on ne trouve pas d'alcool

aiguës. Congrès de Lille, 1899. — *Médecine moderne*, août 1899. — (Voy. Thèse de G. Desvaulx, Vigot, édit., Paris, 1899.) Nous ne les citons aujourd'hui qu'au point de vue des altérations hépatiques dont nous n'avions pas souligné la présence. L'obs. III est inédite.

1. Voyez : *Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales*. J. Rueff, édit., Paris. On trouvera dans cette publication l'indication de nos autres travaux sur cette question.

2. Publiées dans le même ouvrage (J. Rueff, édit.).

dans l'organisme des alcooliques, en dehors des périodes d'imprégnation coïncidant avec les excès de boisson (Klippel).

Est-ce que l'alcool amène des lésions chroniques du cerveau, créant un lieu de moindre résistance, dont la faiblesse devient apparente quand l'état général s'altère? — Cette explication concorde évidemment avec les cas où l'on observe de la sclérose vasculaire, des amas de pigments et des altérations chroniques dans les cellules cérébrales¹. Mais ces altérations manquent souvent et, notamment, elles ne furent pas rencontrées dans celles de nos observations où les troubles mentaux furent les plus accentués, malgré des recherches histologiques très minutieuses².

Alors même que toute lésion chronique manque dans le cerveau, il semble que l'alcool puisse intervenir encore, en favorisant des congestions cérébrales qui, peut-être, déterminent des accidents délirants. Ces troubles circulatoires peuvent être appréciables, macroscopiquement et microscopiquement, quand ils existent, comme dans quelques-unes de nos observations; mais ils manquaient dans la plupart.

Nous pensons cependant que l'alcoolisme préalable est non seulement une condition favorable à l'apparition des troubles mentaux dans les maladies générales, mais encore une cause déterminante de ces troubles mentaux. Mais ce n'est pas, à notre avis, par le mécanisme d'altérations cérébrales chroniques ou aiguës dues à l'influence directe de l'alcool, et moins encore par la présence de ce poison lui-même, que les troubles mentaux peuvent être expliqués, *dans la majorité des cas*. Il faut chercher d'autres explications, et nous allons voir tout à l'heure si nos observations pourront servir à en appuyer quelques-unes.

2° On constate aussi qu'il est fréquent de rencontrer des altérations rénales légères chez les malades qui nous occupent. Peut-être des altérations analogues seraient-elles aussi fréquemment rencontrées chez des malades n'ayant pas déliré au cours de maladies infectieuses. Cependant, la relation des lésions rénales et des troubles mentaux en général³, est trop bien établie pour que nous n'attachions pas une

1. Il en était ainsi dans quelques-unes de nos observations (II, IV, etc.); mais ces altérations, qui d'ailleurs étaient très légères, n'ont rien de spécial à l'alcoolisme: on les trouve chez des vieillards et chez des intoxiqués chroniques, sans alcoolisme et sans délire.

2. Voyez nos publications antérieures.

3. De nombreux travaux ont établi cette notion sur l'étude de laquelle il est inutile de revenir ici (Raymond, Joffroy, Dieulafoy, Fournier, Merklen, Florant, etc.). Dans notre ouvrage *Sur un syndrome mental lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales*, on trouverait deux exemples typiques de trouble mental coïncidant avec la perturbation des fonctions urinaires seules.

grande importance à la coïncidence de ces deux accidents, chez quelques-uns de nos malades. L'examen microscopique nous a montré, d'ailleurs, que ces altérations rénales étaient parfois très légères, et parfois faisaient complètement défaut. Il s'ensuit que si nous devons souligner leur importance dans certains cas, il en est d'autres où il est impossible de les incriminer.

Lorsqu'on attribue la genèse du trouble mental aux altérations rénales, l'hypothèse la plus vraisemblable est que l'insuffisance de l'émonctoire rénal a retenu dans le milieu intérieur des substances nuisibles au fonctionnement des cellules cérébrales. Il est des cas où il existe aussi des œdèmes cérébraux urémiques, qui peut-être suffisent, à eux seuls, à troubler le fonctionnement cortical.

Ces altérations rénales, dans les maladies infectieuses, peuvent être l'œuvre de l'alcoolisme antérieur, de l'infection elle-même, ou d'autres infections ou intoxications.

5° On constate enfin que, *dans tous nos cas*, il existait des altérations hépatiques beaucoup trop accentuées et profondes pour qu'on ne leur accorde pas une importance particulière. Que ces lésions soient l'œuvre de l'alcoolisme et de l'infection, cela paraît tout à fait probable. Qu'elles interviennent dans la genèse du délire, cela nous semble vraisemblable.

En effet, d'une manière générale, les altérations hépatiques sont plus fréquentes chez les alcooliques qui délirent que chez ceux qui ne délirent pas (Klippel), et notre étude démontre que ces mêmes altérations hépatiques sont si fréquentes chez les infectés qui délirent, que nous avons pu trouver dans notre seule collection ces onze observations positives (que nous n'avions pas systématiquement recherchées au moment où elles furent réunies), alors que nous sommes loin d'y trouver onze observations négatives. Il nous semble donc que l'on doit établir, pour le foie comme pour le rein, une relation entre la lésion viscérale et le trouble mental, de telle sorte qu'à notre avis, lorsqu'un infecté délire, l'on a beaucoup de chance de trouver chez lui une lésion rénale, ou une lésion hépatique, ou les deux¹. Dans ce dernier cas, il est difficile de décider quelle lésion aura la prééminence : dans nos observations, où la lésion rénale manque d'ailleurs plusieurs fois, elle appartient incontestablement à

1. Cela ne veut pas dire que l'on ne pourra pas trouver de lésion hépatique ou rénale, dans les mêmes conditions, chez des infectés ne délirant pas. Réciproquement, d'autres sujets pourront délirer sans altération apparente du foie ni du rein. Là se place la question de la prédisposition individuelle, au-dessus et en dehors de toute discussion, et d'ailleurs trop connue pour que nous y insistions.

la lésion hépatique, au moins morphologiquement, car celle-ci dépasse infiniment en étendue et en profondeur la lésion rénale.

L'existence d'une relation entre la lésion hépatique et le trouble mental est confirmée par la fréquence de l'insuffisance hépatique, des altérations hépatiques, chez les aliénés de toute catégorie (Klippel)¹, par la ressemblance parfaite des troubles mentaux au cours des maladies infectieuses et au cours des maladies hépatiques sans infection et même sans alcoolisme concomitant. (Voir la thèse de L. Lévi² et la nôtre³.)

Si cette relation existe, comme nous le pensons, il est vraisemblable qu'elle est analogue à celle qui unit la lésion rénale et les troubles mentaux : le foie, organe transformateur et dépurateur, laisse subsister dans l'organisme, lorsqu'il est altéré, des substances nocives pour les fonctions cérébrales, dont l'action se traduit par un délire.

Conclusion.

A notre avis, il y a lieu de se demander si les altérations hépatiques, si fréquentes chez les infectés (surtout lorsqu'ils sont antérieurement des alcooliques), ne sont pas un intermédiaire ordinaire entre l'alcoolisme, l'infection et le trouble mental⁴. Ainsi l'alcool, en altérant chroniquement le foie, préparerait le délire, dû à l'insuffisance hépatique, qui apparaîtrait lorsque l'alcoolique serait atteint d'une infection même légère, augmentant la toxicité des humeurs et surchargeant le rôle dépurateur du foie. De même l'alcool, en altérant chroniquement le rein, prépare le délire, dû à l'insuffisance rénale.

Ce mécanisme sera facilement admis en ce qui concerne le rein, et des raisons analogues nous conduisent à l'admettre pour le foie. — Il est évident que les altérations chroniques du cerveau et des vaisseaux sanguins, et la constitution héréditaire de la substance cérébrale font que certains individus délirent plus facilement que d'autres. — Il est probable que l'élévation de la température, les résorptions des toxines dues à l'infection, les perturbations nutritives résultant de l'état de

1. Nous avons cité plusieurs fois le nom de M. Klippel. Voici ceux de ses travaux auxquels nous avons fait allusion :

2. KLIPPEL. De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. — De la folie hépatique, *Arch. gén. de méd.*, 1^{er} août 1892 et suivant. — Délire des alcooliques, *Mercure médical*, octobre 1893, et *Congrès annuel de médecine mentale*, 4^e session, 6 août 1895. — De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques, *Annales médico-psychologiques*, septembre-octobre 1894. — Du rêve et du délire dans les infections aiguës. *Revue de Psychiatrie*, avril 1900.

3. L. LÉVI. Les troubles nerveux d'origine hépatique. *Thèse de Paris*, 1896.

4. C'est l'hypothèse de M. Klippel.

maladie et de fièvre, peuvent aussi, et peut-être à elles seules, réaliser l'état morbide de la cellule cérébrale qui se traduit par le délire. Mais l'arrêt ou la perturbation de l'élimination hépatique nous paraît néanmoins jouer, parmi cet ensemble de causes génératrices du délire, un rôle plus fréquent et plus important qu'on ne le croit d'ordinaire. Aussi nous avons cru devoir insister sur l'intérêt des altérations hépatiques, chez les infectés délirants, celui des altérations rénales étant déjà connu et indiscuté.

DISCUSSION

M. DOUTREBENTE demande qu'il soit tenu un plus grand compte du rôle de l'alcool.

M. BRIAND ajoute que le rôle de l'hérédité reste la base de la genèse des troubles psychiques déterminés par l'auto-intoxication.

M. REY (d'Aix) cite les caractères des cas où le foie a subi l'atteinte des fièvres intermittentes fréquentes parmi ses malades de l'asile d'Aix.

DE L'ISOLEMENT DES TUBERCULEUX DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

par M. MARIE,

de Villejuif.

Au premier rang des desiderata qu'on peut formuler, en ce qui concerne l'hygiène des asiles, on doit placer les précautions à prendre d'urgence vis-à-vis de la contagion tuberculeuse. Deux points de vue bien distincts sont à envisager : 1° celui du personnel; 2° celui des malades.

1° *Personnel*. — Je prendrai comme exemple nos services de Villejuif. Les infirmiers et infirmières y sont au nombre de 20 pour une section, répartis en 4 quartiers, avec 4 sous-surveillants de remplacement et un surveillant général.

Eh bien, sur ce total de 26 agents pour une section, il y a actuellement 5 tuberculeux et un indisponible par fracture compliquée, suite de coups par un malade; restent 25 gardiens pour 556 malades (78 en plus); si on défalque le surveillant et les 5 sous-surveillants, il reste 17 infirmiers proprement dits, soit environ près de 20 malades pour un simple gardien.

Le personnel subalterne se trouve presque partout en nombre insuffisant en effectif normal, et partout il y a encombrement. Ce sont déjà là des conditions de surmenage préjudiciable au service; mais il

y a plus: les exemples de gardiens recrutés sains et devenant tuberculeux dans le service sont multiples et imposent à l'attention l'examen des moyens propres à éviter de tels faits; sur trois tuberculeux, 2 le sont devenus dans l'asile longtemps après l'entrée en service. L'un d'eux en particulier couche dans le bureau d'un prédécesseur décédé de tuberculose; il s'en trouve atteint à son tour, 10 ans après. Un autre guéri d'une atteinte au poumon a maintenant des accidents cérébraux de même origine selon toute apparence. Tout d'abord on devrait éliminer les agents contaminés, dont quelques-uns placés en convalescence dans des conditions meilleures et au repos pourraient guérir. On ne saurait d'autre part entourer le recrutement des nouveaux agents de précautions trop minutieuses concernant la prédisposition spéciale ou les germes latents de l'affection.

Enfin, on doit prendre entre temps les mesures voulues pour que la transmission des germes nocifs ne puisse avoir lieu aux nouveaux gardiens bien portants comme aux malades qu'ils surveillent et soignent; pour cela, la désinfection des locaux et la diminution du surmenage par augmentation du personnel devront être combinés à l'isolement des tuberculeux internés.

La mise en réforme prématurée et l'envoi en convalescence dans un sanatorium spécial, aux frais de l'administration, est la mesure logique à appliquer aux gardiens tuberculeux dans le service.

L'examen de plus en plus sévère des nouveaux gardiens à recruter devrait être réglé sur des bases positives et méthodiques, plus sérieuses encore que celles qui servent de guide pour le choix ou l'élimination en vue du service militaire.

Un minimum de poids, de taille et de tour de poitrine, pourrait être adopté, ainsi qu'une fiche questionnaire prévoyant l'examen dynamométrique, l'appréciation fonctionnelle des divers sens et l'examen des fonctions circulatoires, cérébrales, respiratoires, digestives (analyses d'urine), etc.

L'administration ne saurait s'entourer de garanties moindres que les sociétés d'assurances sur la vie.

A ces diverses conditions seraient jointes l'appréciation des références ordinaires, et antécédents sociaux, ainsi que des garanties diverses d'instruction dont un minimum serait exigé (certificat d'études primaires par exemple), afin que l'instruction technique ultérieure fût possible. On serait ainsi lié par des considérations étrangères à toute personnalité, ce qui permettrait d'échapper à toutes influences de faveur qui tendraient à faire admettre des malingres ou incapables recommandés.

Mais il ne suffit pas d'éliminer les employés contagionnés et d'assurer le recrutement d'employés sains, il faut encore empêcher absolument que ces individus bien portants à l'entrée deviennent malades dans le service, comme cela se passe actuellement; aussi ne saurait-on trop énergiquement réclamer le triage préalable des aliénés atteints de tuberculose pour les isoler dans un asile-sanatorium spécial.

2^o *Malades.* — L'aliéné étant le plus souvent interné d'office, il importe que cette mesure ne tourne pas contre lui en l'amenant à contracter à l'asile les germes d'une affection aussi terrible que la tuberculose.

Dans les asiles, les exemples sont fréquents d'individus sains devenus poitrinaires dans les services, non seulement parmi les agents de surveillance, mais parmi les malades.

Ceci provient surtout de ce que les aliénés internés ne sont point distingués à ce point de vue; trop souvent ils sont mélangés dans les services et dortoirs, malgré leur état de tuberculisation. Il importerait, une fois le diagnostic établi, de pouvoir, dès l'entrée dans un service, isoler les cas de ce genre dans les conditions ordinaires prescrites par la science, conditions conciliables dans une certaine mesure avec celles que comporte leur état d'aliénation.

C'est là une question d'une très grande importance, car la spécialisation de certains pavillons conduira sûrement à la création de véritables sanatoria spéciaux, et l'on sera étonné le jour où on fera le relevé des tuberculeux entrés tels à l'asile ou l'y étant devenus. Or, poser une telle question est presque la résoudre, tant elle présente un caractère d'urgence, une portée d'intérêt général. Il ne faut pas que l'asile devienne un foyer caché de propagation de bacilles, alors qu'on prend des précautions jusque sur la voie publique pour leur destruction.

Déjà on a réalisé, à la 2^e section des femmes à Villejuif, un dispositif qui permet d'isoler, en même temps que de traiter, quelques femmes du service atteintes de tuberculose pulmonaire.

Une gardienne contaminée suit le même régime avec plein succès. On va établir à l'infirmerie de la 1^{re} section des hommes un panneau-abri sous préau avec toile de tente, permettant d'installer 5 lits avec open-window continu.

Mais ce n'est là qu'un minimum bien précaire, outre le gardien (tuberculeux dans le service) et les 5 malades qu'on y placera, il reste beaucoup d'autres malades de ce genre. Aussi avons-nous demandé le même aménagement dans d'autres quartiers (7^e). Ici, en raison de la spécialisation du service pour alités et gâteux, la mesure prend un nouvel intérêt.

L'encombrement persistant et croissant, qui a donné l'an dernier un

excédent considérable de journées sur le maximum normal, se manifeste dans chacun des 4 services où l'on compte en permanence une moyenne quotidienne de 80 à 100 malades en surplus des places prévues. Il en résulte une réduction proportionnelle inverse du cubage d'air, la mortalité plus grande, et la plus grande facilité des contagions diverses, sans parler du surmenage du personnel débordé, tant dans les services spéciaux que généraux ; personnel, dont on ne saurait, en de telles conditions, exiger un service aussi bon qu'en temps normal.

Mais si de l'examen des malades présents nous passons à l'examen des statistiques d'asiles par cause de décès, nous trouvons pour la Seine.

en 1899 170 décès par affection pulmonaire
pour 1017 parmi lesquels 45 cas de phthisie ou tuberculose
 « 11 hémoptysies
 « 55 bronchites chroniques.

On est frappé, d'autre part en relevant le taux de la mortalité tuberculeuse dans les différentes villes, du chiffre élevé qu'atteignent celles dans lesquelles il y a des asiles d'aliénés. Des renseignements établis par la direction de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur¹, sur la population des asiles de France pendant les cinq années 1894-1898, il résulte que dans nos asiles publics, la mortalité tuberculeuse est très élevée; nous n'en voulons pour preuve que les chiffres suivants empruntés à M. le professeur Brouardel².

La population moyenne annuelle étant de 57,424 aliénés, il y a une proportion moyenne de 672,6 décès par tuberculose, soit 117,1 décès sur 10 000 malades. La mortalité annuelle par tuberculose en France étant de 45,8 pour 10 000 en moyenne, les aliénés payent un tribut presque trois fois plus considérable que les autres habitants.

Les aliénés paraissent particulièrement sensibles aux contagions microbiennes. Le lait a été depuis longtemps signalé dans les épidémies de choléra. Il est certain également que parmi les aliénés se trouvent un grand nombre d'alcooliques prédisposés par leurs habitudes à contracter la tuberculose.

Mais si, au lieu de considérer la totalité, on divise le nombre des asiles en trois groupes, on trouve les résultats suivants :

	Population (moyenne de 5 ans).	Décès (moyenne de 5 ans).	Proportion pour 10 000.
28 asiles.	20.241,5	598,2	196,7
29 asiles.	25.625,1	208,6	88,5
28 asiles.	15.559,4	65,6	48,5

1. Rapport n° V, Commission de la Tuberculose.

2. *La propagation de la Tuberculose et les moyens de la combattre*, p. 595. Masson et C^{ie}, édit. Paris, 1900.

Ce dernier groupe représente la mortalité commune en France, à 5 ou 6 unités près.

La mortalité par tuberculose n'est donc pas le fait nécessaire de la maladie. Certains asiles, Cadillac (Gironde), Morlaix (Finistère), perdent annuellement plus de 500 aliénés sur 10 000; d'autres aussi peuplés, Orléans, Pontorson, n'en perdent que 50.

« Comme lorsqu'on étudie la répartition de la mortalité par tuberculose dans les quartiers de Paris, on est ramené à l'asile insalubre, comme on l'a été à la maison insalubre. (Dr Brouardel.) »

Une enquête semble nécessaire pour rechercher les raisons de cette mortalité effroyable qui frappe quelques asiles.

Les points sur lesquels devrait porter l'enquête semblent être ceux-ci, suivant M. Brouardel :

La discipline, la propreté, sont-elles observées avec soin? Comment se fait le nettoyage des parquets, au balais ou par voie humide? Il est difficile de contraindre certains aliénés à ne pas disséminer leurs crachats; les précautions doivent donc être multipliées.

La nourriture de ces aliénés est-elle de qualité et de quantité suffisantes? L'aliéné est disposé par sa maladie à contracter la tuberculose; si par une alimentation insuffisante on augmente cette prédisposition, on crée un état de misère physiologique dangereux.

Il serait intéressant également de savoir, pour dégager l'influence de l'alcoolisme, si ces aliénés entrent déjà atteints de tuberculose, si celle-ci éclate pendant les premiers mois de leur séjour, si les anciens pensionnaires sont atteints de préférence, si certaines formes d'aliénation prédisposent à cette maladie.

La comparaison avec la mortalité tuberculeuse dans les asiles privés est intéressante. Pour 15 maisons privées, nous trouvons de 95 à 99 une population moyenne annuelle de 4,261,5 aliénés, avec un nombre de décès moyen de 17,6. Soit une proportion moyenne de 59,9 pour 10 000, analogue à celle de la mortalité moyenne par tuberculose en France.

Une enquête administrative sur les causes de la mortalité tuberculeuse et de la mortalité générale dans les asiles d'aliénés semble indispensable.

Placé dans un asile public, l'aliéné n'a plus pour protecteurs que les fonctionnaires de l'Etat. On ne saurait soupçonner ces derniers de ne pas faire pour ces déshérités tout ce qu'il est en leur pouvoir de faire.

Pour les serviteurs et infirmiers des asiles, les résultats fournis par la statistique sembleraient au premier abord très rassurants.

Les 86 asiles publics comptent annuellement pour une moyenne de

6,955,5 infirmiers, 18,4 décès tuberculeux (moyenne calculée sur 5 annuités).

Soit : 26,5 pour 10 000.

Les 16 asiles privés comptent une moyenne annuelle de 810,7 infirmiers, avec 5,0 décès tuberculeux.

Soit : 57,0 pour 10 000.

Mais ces chiffres comme l'observe M. Brouardel ne représentent pas la réalité ; dans certains asiles, le directeur a soin de noter qu'on ne prend comme infirmiers que des hommes soumis à l'entrée à un examen physique médical. Le directeur de la Salpêtrière ajoute : « Dans le personnel servant, nous n'avons pu compter que celles de nos infirmières couchant en dortoir, parce que, malades, elles sont transportées à l'infirmierie et comptent au nombre des hospitalisées. Quant à celles qui se font soigner dans leur logement, les décès sont compris dans les décès à domicile, que le médecin de l'état civil vient constater, et dont nous n'avons pas alors connaissance. »

D'autres directeurs déclarent que lorsque les infirmiers sont souffrants, ils demandent à quitter l'établissement et que l'on ignore leur sort ultérieur.

Le problème reste donc sans solution.

Pour compléter ces données, nous avons eu l'idée, avec M. Toulouse, d'adresser un questionnaire à quelques confrères étrangers. Nous avons reçu des documents très intéressants à notre point de vue ; ils sont relatifs à la proportion des aliénés tuberculeux en Grande-Bretagne, en Italie et en Allemagne.

Dans ce dernier pays, la réforme est déjà en voie de réalisation et l'isolement des aliénés phtisiques posé en principe, depuis le Congrès de Berlin en 1899. Nous avons reçu de M. le docteur Siemens l'exposé des dispositifs établis à l'asile de Lauenbourg où existe un véritable asile sanatorium type (*Psych. Wocheschr.*, Halle, n° 1799).

En Italie, sous le ministère du général Pelloux, une circulaire du président du conseil a rendu obligatoire l'isolement des tuberculeux aussi bien dans les asiles d'aliénés que dans les hôpitaux ordinaires.

M. le Dr Luigi-Scabia a, dans les *Annali di Freniatria*, IX, 1899, préconisé l'emploi de la tuberculine pour faire le diagnostic préalable des aliénés à isoler de l'asile de Quarto al Mare ; les aliénés entrants sont injectés à la tuberculine, puis isolés dans un pavillon distinct s'ils présentent la réaction caractéristique.

En Grande-Bretagne, la Société médico-psychologique de Londres, dans son assemblée générale du 9 novembre 1899, a discuté cette question.

M. E. France, de l'asile de Claybury, a préconisé aussi l'emploi du réactif de Koch en injections sous-cutanées pour déceler la tuberculose chez les aliénés à isoler des asiles. La majorité s'est ralliée au principe de l'isolement à part.

M. le professeur Clouston, se basant sur l'examen clinique seulement, évalue à 27 pour 100 la proportion moyenne des tuberculeux dans les services d'aliénés de l'Écosse.

Voici les relevés statistiques qui militent en ce sens pour la Grande-Bretagne.

Asiles d'Angleterre et pays de Galles.

Population.	Décès.	dont tuberculose.		
1895 — 71.648	7.182	1.155	} 4.477	
1896 — 74.684	6.785	1.029		
1897 — 77.217	7.298	1.140		
1898 — 79.985	7.578	1.175		
	28.841			
Moyennes	75,905	7.210	1.119	15.52 0/0.

Asiles pour le comté de Londres.

Pour les Asiles d'Hanwell, Colney Hatch, Banstead, Cauchy, Claybury, la mortalité totale en 4 ans (1895-1898) a été de 4,182 pour 11,442 d'effectif, ainsi décomposé :

Affections intestinales	86	} 11,52 0/0.
Cancer	118	
Pneumonie	222	
Affections cardiaques	502	
— tuberculeuses	482	

Soit une proportion de tuberculoses vérifiées au décès, c'est-à-dire 10,5 pour 100 des internés pour le comté de Londres ;

Et 14,7 pour 100 pour tous les aliénés d'Angleterre et Pays de Galles.

M. le professeur Clouston, se basant sur l'examen clinique seulement, évalue à 27 pour cent la proportion moyenne des tuberculeux dans les services d'aliénés de l'Écosse.

La différence avec les asiles d'Angleterre est ici plus apparente que réelle, si l'on songe que bien des malades sont trouvés tuberculeux à l'autopsie, qui de leur vivant étaient douteux ou méconnus.

Enfin M. Clouston ne se servant pas du réactif de Koch devait forcément obtenir une proportion moins forte que ceux qui l'ont utilisé.

Il résulte de ces diverses données que la tuberculose est fréquente dans les asiles d'aliénés ; aussi proposons-nous au Congrès le vote du vœu suivant :

« Le Congrès international de Psychiatrie émet le vœu qu'il soit procédé à l'isolement et au traitement des aliénés tuberculeux dans

les asiles, en pavillons spéciaux pour un asile ou en sanatoria affectés à plusieurs établissements. »

DISCUSSION

M. GIRAUD. — J'appuie l'opinion émise par M. Marie de la nécessité d'isoler les aliénés tuberculeux.

M. Marcel BRIAND. — Depuis longtemps je me suis appliqué dans mon service à réaliser dans les meilleures conditions possibles l'isolement et le traitement spécial des tuberculeux.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture du vœu suivant proposé par M. Marie :

« Le Congrès émet le vœu qu'il soit procédé à l'isolement et au traitement des aliénés tuberculeux dans les asiles d'aliénés, en pavillons spéciaux pour un asile ou en sanatoria affectés à plusieurs asiles. »

Le vœu, mis aux voix, est adopté.

PASSAGE ENTRE LA VIE ORDINAIRE ET LA MAISON D'ALIÉNÉS

par M. Gustave d'OLAH,

de Budapesth.

Avant tout, je dois dire, que mon thème ne possède aucune valeur actuelle; je ne me permets d'attirer votre bienveillante attention qu'à cause de la brièveté de ce rapport.

Les phases de l'histoire du progrès humain se sont mirées une à une dans les différentes phases des maisons d'aliénés.

Jusqu'à présent, nous avons fait quatre étapes :

I. La première est caractérisée par le mysticisme et par suite par l'adoration comme saints des aliénés, ou au contraire par l'exorcisation des possédés.

II. La deuxième montre l'apprivoisement par la violence et la captivité des aliénés.

III. Dans la troisième, les chaînes tombent, mais la prison reste et c'est même la plus horrible, la plus terrible prison. Chacun l'évitait craintivement. Le médecin lui-même, qui opérait là, excitait la peur.

IV. La quatrième étape est celle de notre propre époque. Elle sera prise un jour comme époque, où l'on désocialisait les aliénés comme s'ils étaient marqués au fer rouge. La prison s'ouvre, mais il reste la maison d'aliénés. Les grilles ont en grande partie disparu, les malades se promènent librement dans le jardin, la majeure partie des libérés se rappelle et pense avec gratitude à l'Institut, où elle passa quelques années ou quelques mois. L'aliéniste n'est plus regardé comme un homme éveillant la peur; mais il passe pour un homme d'une vocation

particulière, pour laquelle il faut être « né » (ainsi qu'on aime à le dire) et qui doit avoir des nerfs bien forts pour pouvoir supporter tout ce qu'il voit journallement. Les gardiens paraissent être de hardis et braves garçons pour se vouer à un « pareil service ». En ce qui concerne les nerfs forts, c'est bien un peu vrai. Il faut avoir l'esprit gaillard pour prêter attention continuellement aux aimables parents qui viennent s'excuser de confier leurs malades à notre traitement. « Croyez moi, docteur, aiment à faire remarquer pères, frères ou époux, c'est bien à contre-cœur que je l'ai mis ici; j'ai attendu aussi longtemps que possible, mais l'intervention énergique du médecin de la famille, etc... ». Après cette période de désocialisation pour les aliénés suivront sans doute de nouvelles étapes, parce que l'évolution du progrès de l'humanité ne s'arrêtera jamais. Et de même, comme nous ne pouvons comprendre pourquoi les aliénés furent attachés avec les chaînes quand cela était absolument inutile, de même s'étonnera-t-on un jour pourquoi on désocialisait les malades atteints d'aliénation mentale quand il n'était nullement nécessaire de le faire. On lira avec étonnement que nous avons construit avec des frais énormes des maisons d'aliénés où les parents des malades avaient peur de les amener et ne cherchaient de secours qu'en dernier ressort, où il n'y avait plus que peu d'espoir de les guérir. On s'étonnera un jour, que nous ayons, malgré le grand progrès de cette époque, bâti des asiles d'aliénés, de telle sorte que les remèdes les plus puissants de la psychothérapie, la division en groupes, étaient rendus impossibles pour des causes techniques de construction. Au lieu d'avoir bâti un seul institut de grande dimension, qui rend uniquement possible le groupement et la psychothérapie individualisante des aliénés, ainsi que la spécialisation de l'action du médecin, on a bâti avec les mêmes dépenses plusieurs petits asiles incomplets, où ni l'un ni l'autre des facteurs précédents ne peut se faire valoir et où les médecins aliénistes s'exercent d'une année à l'autre et toujours de même à un vrai service de caserne. Et l'on s'étonnera encore bien plus que de nombreux aliénés ayant eu, avant leur entrée, maille à partir avec les tribunaux, devenus maintenant inoffensifs, fussent retenus à l'asile à cause de la responsabilité et des conséquences éventuelles, parce qu'il n'y avait eu personne qui eût fait attention aux premiers pas du malade sorti de l'asile et parce qu'il n'y avait pas de séparation graduelle de l'asile. On sera étonné un jour qu'il y eût un temps où chacun sentait bien que les parents avaient pleinement raison quand ils se gardaient de transférer leur malade dans une maison d'aliénés, qui était séparée du monde extérieur par un si grand préci-

pice et que pourtant personne ne pensait à l'anéantir. Quant au développement ultérieur du traitement des aliénés, je suis d'avis que l'asile doit être avant tout rapproché de la vie réelle. Là-dessous, je ne comprends pas ces fêtes publiques, où chaque malade, qui doit avant tout ne donner sujet à aucun scandale, est mêlé dans une société digne du pinceau de Hogarth. Ces sortes de fêtes sont de mauvais goût, offensant tout sentiment délicat des visiteurs, injurieux témoignages d'un traitement surâgé. L'alcoolique qui s'enivre malgré toutes ses promesses; la dame érotique imbécile, qui jette des regards provoquants et langoureux sur les jeunes malades; l'épileptique, qu'on a pu éloigner à temps, mais dont l'attaque est entendue du dehors; l'étonnement habituel des étrangers sur le raisonnement convenable de tel ou tel malade; l'erreur drôle, qui arrive toujours lorsqu'un aliéné est pris pour un hôte et *vice versa*; puis, le directeur, qui rend « les honneurs » aux représentants de l'autorité supérieure, montrant ainsi l'estime générale dont il jouit auprès des malades, se frottant joyeusement les mains, content de ce que la fête s'est écoulée sans incidents fâcheux, — voilà des images telles, que le philanthrope ainsi que le médecin s'en éloignent.

Le traitement des aliénés à l'avenir donnera au patient tout ce qui pourra lui être utile, mais évitera tout ce qui pourra le blesser et abaisser l'homme dans le malade.

L'admission des aliénés doit être centripète; sa sortie doit être centrifuge. Voici l'explication de cette phrase qui paraît être un non-sens *à priori*. Lorsque le transfert dans une maison d'aliénés ne sera pas fait comme le dernier pas désespéré, parce qu'ordinairement trop tard; lorsque le patient ne sera mis en contact qu'en tant que malade avec l'asile, il est à espérer qu'un certain nombre d'individus qui voudraient se faire soigner, entreront à l'institution, soit spontanément, soit sur le conseil du médecin, et cela par l'ambulance ou par une sorte de placement provisoire, périphérique. L'asile y gagnera aussi, parce que le motif le plus grave du refus d'entrée n'existera plus. Il est superflu de montrer que la plupart des aliénés sont maintenant transportés à l'asile au moyen du stratagème, en leur faisant croire qu'ils vont être placés dans un institut qui traite les maladies de nerfs. Les parents se rendent auparavant dans l'établissement, afin d'en informer le médecin et de lui dire que le malade est persuadé d'entrer dans une institution de neuropathes. Dans la plupart des cas, le malade ne s'y oppose pas. Pourquoi, ce qui est à présent un pieux mensonge, ne pourrait-il devenir la réalité? Quel avantage considérable pour ces centaines de centaines d'aliénés sortis, s'ils pouvaient

déclarer qu'ils s'en sont allés librement, sans contre-cœur, dans une institution pour les maladies de nerfs !

Je n'ai pas considéré pour nécessaire de refléter ici le spectre de la détention à faux revenant encore surtout en France. Il est difficile de se pénétrer pourquoi les institutions publiques ou de l'État ne pourraient, dans leurs façons d'agir, avoir un caractère plus ménageant et plus discret. Nous voyons spéculer les instituts privés d'aliénés sur la confiance du gros public et s'attacher à obtenir le caractère et le nom d'une maison pour maladies de nerfs ; inversement nous remarquons que des maisons privées de neuropathie cherchent à prendre chez elles des aliénés : dans les deux cas elles trouvent la loi sur leur chemin. Ce qui se fait ordinairement par des détours, lorsque le malade est atteint par exemple de tabo-paralysie prodromal, est traîné par-ci, par-là, à Karlsbad, puis dans les établissements hydrothérapeutiques ou dans des sanatoria, jusqu'à ce qu'il devienne enfin mûr pour la maison d'aliénés, pourrait se faire par une admission centripète graduelle. D'après son état, il serait d'abord placé dans une partie plus ou moins extérieure de l'établissement. Il n'y entendrait pas fermer derrière lui les portes et le bruit des clefs. Il se persuaderait simplement être malade de nerfs ; ce serait alors l'affaire d'un habile psychothérapeute de le mettre dans une partie plus centrale, selon qu'il serait malpropre, impatient ou dangereux pour lui-même ; cela se ferait sans que le malade s'aperçût de cette dislocation vers l'intérieur. L'excitation agressive n'étant dans la plupart des cas qu'artifices, peut être éliminée presque entièrement par une psychothérapie convenable. D'après mon expérience et certainement d'après la vôtre, messieurs, on peut plus facilement, comme on ne s'y attendrait pas, traiter et déplacer même les patients qui ne cessent pas de raisonner contre leur détention prétendue irrégulière. Que cette dislocation serait facile si on pratiquait l'admission graduelle, qui s'offre d'elle-même dans un arrangement de construction fait spécialement pour ce but. La plupart des établissements actuels paraissent avoir été projetés pour le seul but de graver le traitement psychique de la maladie depuis l'entrée jusqu'à la sortie de l'asile. C'est de suite, en arrivant, que le patient subit un « choc » psychique. Dans la plupart des établissements, on le place d'abord dans une chambre, appelée « chambre d'observation », où il est avec d'autres malades, qui exigent pour diverses raisons une surveillance plus active. Et seulement dans la suite du « traitement », il peut regarder au dehors à travers des grilles de fer trop épaisses. Cette barrière existe, parce qu'il y a parmi les 500 malades de l'établissement quelques aliénés dangereux

ou enclins à l'évasion. Il doit manger la viande coupée d'avance, avec une cuillère, dans une assiette de fer blanc, sans couteau, parce que tel ou tel malade dangereux pourrait le lui arracher des mains. Il en est ainsi dans toutes les parties de ce traitement en commun. Si, à cause d'un malade malpropre, toute une salle est infectée; si, à cause d'un malade excité ou impatient, toute une section ne peut dormir; si, pour un aliéné dangereux, tout l'établissement doit être enlaidi par des barreaux de fenêtre, peut-il, en vérité, être question dans un pareil cas, d'un traitement psychique?

La sortie rencontre d'autres difficultés. Comme elle se fait tout à coup, il est très souvent difficile de présumer quelle sera la réaction que le premier contact avec la vie extérieure fera subir au malade. Il n'y a personne qui se donnerait la peine de guider les premiers pas du malade sortant de l'asile. La sortie est encore aggravée par la circonstance que la responsabilité de tous les actes du sortant, non seulement ceux qu'il pourrait commettre comme malade, mais encore tous ceux qu'il pourrait faire comme homme, pèsent et retombent sur l'institution d'aliénés. La sortie, comme l'entrée, doit donc être graduelle. Le « placement familial », hors de la périphérie de la maison de santé dans une maison d'habitation de gardiens, serait le premier essai qu'on pourrait faire sur la possibilité de vivre au dehors. Ce serait pour beaucoup d'entre eux l'issue totale de l'institut de santé où ils doivent rester à présent pendant beaucoup trop de temps et cela seulement à cause des soucis de la responsabilité qui incombent à la maison d'aliénés. Ce qui, en plus, pèse sur les institutions d'aliénés et ne pourrait former en aucun cas l'objet du traitement d'aliénés proprement dit, c'est la grande masse de matière morte et devenue stationnaire. Ces malades ne peuvent être libérés rien que parce qu'ils peuvent devenir dangereux par suite du manque de surveillance générale. Les sédiments des psychoses embourbent peu à peu les maisons d'aliénés et se trouvent dans le chemin lorsqu'il s'agit de passer de la vie extérieure à l'asile. On fit de nombreux essais pour débarrasser les maisons d'aliénés de ces corps morts. Le choix de l'exécution de ce plan fut malheureux. On construisit, en grande partie, des asiles séparés avec le caractère déclaré d'un institut pour incurables. On alla même jusqu'à commettre l'inhumanité d'interner dans ces asiles avec la triste devise : « *Lasciate ogni speranza* », de jeunes imbéciles et d'autres jeunes malades incurables, mais possédant pleine connaissance, avec des aliénés invalidisés et stationnaires, seulement parce que le certificat médical d'admission les déclarait incurables. La matière rendue au dernier terme avec démence incurable

et totale doit être placée conformément au but, à l'endroit convenable dans les annexes des maisons des invalides. Il n'y a aucune nécessité de nommer les instituts pour ce but par leur propre nom. A qui cela portera-t-il préjudice si la dénomination de maison d'aliénés ou quel que soit le nom, sous lequel apparaît l'aliénation, vient à disparaître complètement ? Quant aux éléments incurables et dangereux qui peuvent travailler, ils peuvent néanmoins rester en contact avec les colonies attachées aux maisons de santé. Je n'approuve pas la construction de colonies spéciales et séparées de malades travailleurs ; car celles-ci montrent continuellement une tendance au traitement inutilement prolongé des malades qui pourraient être rendus à la vie extérieure. De plus, les malades capables de travailler forment un élément de base réel pour l'institut d'aliénés, dont ils assurent la partie économique. Sans ce contingent travailleur, la maison d'aliénés n'est même, quant au point de vue médical, qu'une organisation incomplète et ne pourrait, d'autre part, être administrée qu'avec de grandes dépenses.

Je résume ce rapport avec des *desiderata* plutôt qu'avec des propositions : a) La civilisation qui avance et l'esprit d'humanité qui l'accompagne, ne peuvent endurer de telles institutions où le cachet de l'aliénation est comme imprimé sur tout ce qui fait partie de la maison, faisant ainsi peur à tous ceux pour qui elle a été construite. b) L'internement doit être autant que possible fait à temps, volontaire au moins en partie, et graduel autant qu'il peut se faire. Pour des cas d'aliénation aiguë, l'entrée doit être tenue discrète, sans incommoder par l'entrant les malades plus sains qui se trouvent dans le même cercle, problème de construction facile pour un architecte. Pour l'efficacité de la psychothérapie et du traitement individuel sont à employer les meilleures formes de construction. Cette idée devrait présider à toute l'installation. c) Assurer au soutien de famille capable de travailler et interné pour la sécurité publique un gain convenable. d) L'établissement de famille doit assurer au personnel de garde les repas et le repos dans son département, ainsi que dans la relève dans le service. On doit construire dans les environs de l'institution des maisons d'habitation où les familles de gardiens pourraient recevoir à leur sortie les convalescents pour un temps d'essai. e) La protection juridique des aliénés est à régler dans l'esprit libéral de l'institution. Le service des aliénés doit être unifié et arrangé par l'État, afin que le service médical et les recherches scientifiques permettent la spécialisation la plus large. Les intérêts des aliénés établis sur des bases préalables seront à peine touchés par des considérations de finance,

parce qu'ils pourraient être arrangés dans chaque état dans un cadre plus ou moins grand.

**RAPPORT ENTRE LA CRIMINALITÉ DES ENFANTS
ET L'ALCOOLISME DES PARENTS**

par Mlle Louise ROBINOVITCH,

Docteur en médecine, à New-York.

Inspirée par les œuvres immortelles de M le docteur Magnan, qui a déjà épuisé ce sujet, nous avons entrepris la tâche de tracer à quel point l'alcoolisme des parents est responsable de la psycho-pathologie de leurs enfants, se manifestant dans la criminalité.

Après les recherches de MM. les docteurs Magnan et Joffroy sur l'influence directe de l'alcool sur le cerveau, il ne nous reste qu'à examiner soigneusement le matériel clinique dans les asiles et les prisons, de tracer les renseignements, afin de trouver dans quelle proportion les criminels doivent leur état mental morbide à l'alcoolisme de leurs parents.

En choisissant les malades pour la démonstration de ce point de départ dans l'évolution de la criminalité, il était évident qu'il fallait, pour obvier à toute confusion ou conclusion erronée, exclure de considération les sujets dont l'état mental les rend irresponsables de leurs actes. Ceux qui ont commis des crimes contre la société sous l'influence des impulsions, des délires dans toutes leurs variétés, conscients ou inconscients (chez les dégénérés ou chez ceux présentant des troubles mentaux organiques, ou sous l'influence des intoxications, ont été exclus); les cas *sous* considération sont les criminels dont les actes vicieux étaient commis intentionnellement, avec cette prévoyance de malice et d'intention qui constitue un crime.

Mais dans la clinique on trouve les criminels nés de dégénérés psychiques simples et ceux nés de parents alcooliques intimement entrelacés. Les derniers sont ceux qui nous occupent particulièrement, quoiqu'il y ait toujours une grande difficulté pour séparer les uns des autres.

Notre étude embrasse les malades criminels entrés à l'asile de Sainte-Anne pendant les années 1898 et 1899, et dont on a pu obtenir des renseignements intelligents. Ceux-là ne dépassent pas cinquante en nombre, et ce sont surtout des enfants. Le diagnostic porté sur eux

est, en général, celui de débilité mentale avec perversion instinctive, en dehors de leurs actes criminels.

Les observations ci-dessous sont typiques des criminels nés, résultant d'une hérédité morbide.

OBS. I. — Criminel morbide. Hérédité alcoolique et dégénérée très chargée. Conduite vicieuse du malade débute à 16 ans, son existence dès lors est caractérisée par une série de malfaisances. Deux attentats à l'homicide; pédérastie; simulation d'attaques épileptiformes et d'une crise d'aliénation mentale en but d'obtenir la liberté. Alcoolisme. Il est chef d'une bande de voleurs. Tentative d'homicide au moment où il est arrêté. Arrêté plus de trente fois.

P... F..., 27 ans, est entré à l'asile de Sainte-Anne, à Paris, le 25 mars 1898. Son père était ivrogne, absinthique. Toujours d'une nature difficile, même quand il n'était pas sous l'influence directe de l'alcool, violent envers sa femme; celle-ci disait de lui qu'il était « aliéné ». La mère du malade est bien portante. Elle a eu sept enfants. De ceux qui sont vivants, une fille qui a 25 ans a eu un enfant illégitime à 18 ans. Elle a tué son enfant, et un médecin a prononcé la malade irresponsable. Elle s'est mariée à 21 ans et a maintenant quatre enfants, dont deux sont dans un asile. Elle est incapable de faire son ménage. Un frère, de treize ans, est très timide et bizarre. Un autre frère est incapable de gagner sa vie. Une tante est une pédéraste. Un oncle était aliéné. Une autre tante paternelle, de quinze ans, a des crises fréquentes de dépression mélancolique et pleure pendant toute une journée parfois. Elle s'imagine qu'on lui fait des grimaces. Une autre tante paternelle, de onze ans, est intelligente et sa maîtresse d'école trouve qu'elle est un prodige pour son âge. La grand'mère maternelle est irritable et sujette à des crises marquées de dépression mélancolique.

Le malade est né à terme, pendant la guerre 1870. A cinq ans, il eut une méningite. Il commença à marcher à trois ans et à parler à cinq ans. Jusqu'à l'âge de quinze ans sa conduite était tolérable. Mais à seize ans sa nature vicieuse commença à se montrer. Il allait dans les maisons de mauvaises mœurs et à la même époque fut condamné, par défaut, pour attentat à la pudeur sur de jeunes enfants. A dix-huit ans, il s'engagea comme soldat, mais fut réformé pour vols, après quatre mois de service. A vingt et un ans, il s'engagea, la seconde fois, à Cherbourg. Il y arriva ivre et fut placé à l'hôpital maritime où il restait deux mois. De là, il fut transféré à l'asile de Pont l'Abbé, d'où il s'évada et retourna à la caserne. Il fut réprimé. Dès cette époque, était interné tantôt dans les prisons, tantôt dans les asiles. Chaque fois qu'il retrouva la liberté, il commit un crime, était surpris et privé de sa liberté. Il dit à sa mère : « Quand je veux faire un bon coup, je m'en vais au cimetière faire une prière sur la tombe de mon père et après cela je suis sûr de réussir. » Il boit de grandes quantités d'absinthe et est souvent sujet à des attaques épileptiformes. En outre, il est bon simulateur de ces attaques, ayant réussi à tromper pendant un temps donné, les médecins des asiles. Il fait usage de cet accomplissement pour s'exonérer des vols, etc. Le 15 juillet 1889, il s'est évadé de l'asile de Villejuif et fut arrêté le 5 avril 1890

pour vols. Dans l'asile il simulait les attaques épileptiformes. Transféré à l'asile de Ville-Evrard, il s'est évadé encore. De nouveau, il volait et fut ramené de la prison à Sainte-Anne. Transféré à Villejuif, il s'est évadé encore. Encore il volait, fut arrêté et transféré de la prison à Sainte-Anne, le 16 janvier 1892. Transféré à Bicêtre, il s'est évadé, volait, fut arrêté et ramené de la prison à Sainte-Anne le 7 juin 1895. Transféré à Bicêtre, il s'est évadé, volait, fut arrêté et ramené à Sainte-Anne le 14 octobre 1895. Transféré à Bicêtre encore, il s'est évadé, volait, fut arrêté et ramené à Sainte-Anne, le 26 février 1894. A cette époque, il était incriminé de pédérastie active. Il a sodomisé un malade débile alité.

F... contracta la syphilis au mois de février 1895 et il a actuellement des plaques muqueuses buccales depuis un mois, aussi bien qu'une alopecie. Interrogé sur sa conduite avec le malade débile, F... raconte avec fierté qu'il faisait la même chose, avec succès, à Villejuif, en 1892. Il admet être un voleur, dit qu'il n'est pas aliéné, mais une « franche canaille ». Il avoue être « souteneur ». Sa maîtresse lui fournit l'argent pour les boissons et une fois elle lui apporta quatre cents francs, une montre et une bague en or qu'elle avait volés à un « visiteur de passage ».

Après sa dernière entrée, il fut transféré à Bicêtre, le 2 mars 1894, d'où il s'est évadé. Il fut ramené à Sainte-Anne, transféré à Bicêtre, où il obtint la liberté le 14 juillet 1896. Quinze jours après il fut trouvé malade avec alcoolisme aigu ; il avait avalé vingt-trois absinthes dans une journée. On le trouve, finalement, comme chef d'une bande de voleurs. A l'approche de la police, la bande essaya de fuir.

Le malade chercha à se cacher dans une maison, au sixième étage. Là, il fut surpris par un agent de police. F..., sortant de sa poche un revolver, faisait feu à bout portant. Le projectile traversa le capuchon et la tunique et s'aplatit sur un bouton. Avant cette fois-ci, le malade fit une autre tentative d'homicide ; il essaya de tirer sur son capitaine dont il avait à se plaindre. Traduit devant le conseil de guerre, il bénéficia d'un acquittement, grâce à son avocat qui obtint l'examen médical du coupable et plaida la folie.

Le malade a simulé la folie à diverses reprises. Le jour de sa dernière entrée à Sainte-Anne, il simula une crise très grave de folie. Quand les infirmiers lui prodiguaient les soins les plus tendres, il s'échappait et tentait de s'évader. Peu de temps après, il obtint la liberté, mais fut ramené le 4 février 1898, inculpé comme d'ordinaire. Sa mère, désireuse d'attacher son fils à une occupation quelconque, réussit à obtenir pour lui la permission de s'engager. Tout était prêt pour son départ en Algérie ; le malade lui-même faisait croire qu'il s'y intéressait ; mais aussitôt qu'il se trouva hors de l'asile, il recommença son existence extravagante. Il fut arrêté pour filouterie et ramené à Sainte-Anne le 25 mars 1898.

Telle est l'histoire de cet enfant d'un alcoolique. Dégénéré, dépravé, avec perversion des instincts et du sens moral, incapable de pourvoir à ses besoins, son existence est caractérisée par une longue série de crimes. Il était arrêté plus de trente fois, et admis dans les asiles un plus grand nombre de fois. Sa prédisposition naturelle au crime, un résultat direct d'un malheureux héritage psychique, est aggravée par ses mauvaises associations.

OBS. II. — *Criminalité morbide. Alcoolisme des parents. Dégénérescence des autres enfants. Violence morbide disproportionnée du malade. Tentative d'homicide sur un garçon. Guette sa victime pendant douze jours.*

G... S..., dix ans, est entré à l'asile Sainte-Anne le 14 mars 1899. Son père est plombier et a quarante-sept ans. Il fait des excès de boissons, a des crampes dans les muscles, de la gastralgie, de la pituite et des cauchemars.

Il ressent souvent une boule montant de l'estomac et l'étouffant dans la gorge. La mère a cinquante-deux ans et est bien portante. Elle a eu cinq enfants dont deux sont morts : un, à dix jours, et l'autre à dix mois. Une fille de quinze ans est d'un caractère insupportable, employant un langage grossier. Un garçon est détesté par ses camarades. Un cousin, de dix-neuf ans, est bizarre.

Le jeune malade est né à terme, n'a jamais eu de convulsions, mais a toujours été chétif. Il a eu la première dent à deux ans, et a commencé à marcher à dix-sept mois. Il a toujours été difficile. Quand on le corrigeait, il montrait une colère disproportionnée, battant ses sœurs et parents avec un bâton ou un couteau. A diverses reprises, il mit le feu à la maison pour se venger. Ses parents sont obligés de déménager de maison en maison à cause de sa conduite insupportable et parfois dangereuse, que les voisins ne voulaient pas tolérer : il lançait des pierres sur les passants et battait les enfants. Plusieurs fois il a essayé de voler. Il fut renvoyé de l'école pour les mêmes raisons. Il vagabonde dans les rues, et il est souvent difficile de le faire rentrer chez lui sans l'aide de la police. Il essaya de tuer un petit garçon qui s'est échappé en se réfugiant chez lui. Notre malade guettait alors à la porte du garçon, prêt à le tuer quand ce dernier sortirait.

Le tableau détaillé des cinquante observations qui a été mentionné étant trop volumineux pour être cité ici, nous en avons fait un extrait comme ci-dessous.

Il montre à quel degré marqué la criminalité est le résultat de l'alcoolisme des parents. Les enfants sont nés criminels, les renseignements fournis par les parents confirment le fait que leurs enfants ont montré des tendances criminelles dès leur enfance et que tout effort de la part des parents pour corriger et modifier la conduite des malades était sans résultat.

Extrait du tableau clinique.

Stigmates physiques de dégénérescence chez les malades . . .	15
Les deux parents alcooliques	2
Pères alcooliques	22
Mère alcoolique, père sobre	1
Parents non alcooliques	8
Psychoses, névroses et stigmates physiques de dégénérescence chez les parents	15

Alcoolisme, psychoses et névroses chez les membres de la famille collatérale.	10
Nombre d'enfants nés, en plus des malades, dans les cinquante familles analysées	77
De ces soixante-dix-sept sont morts.	40
Pas d'autres enfants en plus de malades, deux familles	2

Résumé des trente-sept enfants vivants :

Bien portants	27
Coxalgie.	1
Troubles bronchiques.	1
Méningites.	4
Convulsions	5
Criminel.	1
Total.	<u>57</u>

Nous avons essayé de recueillir des renseignements sur ce sujet dans les rapports des prisons aux États-Unis; mais peu de ces rapports ont été trouvés utiles. Le rapport de la maison de correction de l'État de New-York, à Elmira (New-York State Reformatory at Elmira) est, sans conteste, le plus consciencieux et louable en valeur clinique.

L'extrait des statistiques de ce rapport, ci-dessous, montre la proportion relative des parents alcooliques et de leurs enfants criminels.

Rapport de la Maison de correction de l'État de New-York; fin de l'année, 50 septembre 1898.

« Ces statistiques embrassent 8827 des 8829 prisonniers définitivement internés. Un d'eux est un étranger ne pouvant donner aucun renseignement; un autre refuse d'en donner.

Relativement aux parents des prisonniers :

Hérédité.

Aliénation mentale et épilepsie des ascendants 960 ou 10.8 0/0.

Alcoolisme des parents.

Bien tracé	5,278, ou 57.1 0/0.
Avec doute.	926, ou 10.5 0/0.
Pas alcooliques.	4,625, ou 52.4 0/0.

Si nous ajoutons aux 57 pour 100 les 10,5 pour 100 désignés « avec doute », le total de 47,6 pour 100 est à peu près égal à celui que nous avons trouvé à Sainte-Anne. La valeur de ce fait est d'autant plus grande que, pendant nos études de cette question à Paris, nous ne savions pas que les recherches sur le même sujet se faisaient à Elmira.

En examinant l'extrait de nos statistiques cliniques de Sainte-Anne, on est frappé par la grande proportion des enfants porteurs des stigmates physiques de dégénérescence. Mais cela ne nous étonnera pas si nous nous souvenons des effets désastreux de l'alcoolisme des parents sur l'état physique, aussi bien que sur l'état mental, de leurs enfants.

Ce fait a été bien démontré dans le rapport de la Maison de correction d'Elmira, qui dit :

« L'idée vulgaire d'un criminel était jadis celle d'une brute vigoureuse dont les délits résultaient d'un excès de force physique. Je trouve que les prisonniers, en général, internés dans cette maison sont d'une taille, aussi bien que d'une force physique, au-dessous de la moyenne. Le professeur Huxley dit que le poids moyen d'un homme est 154 livres (anglaises); la moyenne du prisonnier est au-dessous de celle-là de 18 livres. Admettant que les renseignements donnés par le professeur Huxley étaient obtenus sur des individus adultes, au-dessus de vingt et un ans, je sou mets un tableau statistique préparé par le docteur E. Hitchcock, pour comparaison de l'étudiant d'Amherst, à vingt et un ans.

<i>A vingt et un ans.</i>	<i>Amherst.</i>	<i>Maison de correction</i>
Poids	141 livres.	156.4 livres.
Taille	1,726 mm.	1,694 mm.
Distance entre les bras étendus . .	1,794 —	1,740 —
Diamètre longitudinal de la tête . .	189 —	191 —
Diamètre transversal de la tête. . .	154 —	151 —
Longueur du pied gauche	260 —	257 —
Longueur de l'avant-bras gauche . .	449 —	454 —

En comparant les chiffres des deux colonnes nous trouvons que l'étudiant est plus grand de taille de 52 millimètres, ou, 1, 2 inches. Que l'étendue entre les deux bras est plus grande de 22 millimètres ou 1 inch. Il surpasse de 5 millimètres ou 1/8 d'un inch dans le diamètre transversal de la tête. La longueur maximum de la tête, au contraire, est plus petite de 2 millimètres ou 1/12 d'un inch. »

En dehors des faits intéressants ci-dessus, on constate un autre fait important dans le tableau clinique de Sainte-Anne, c'est la réduction en nombre des enfants nés dans les cinquante familles. Cela montre que l'influence dégénératrice de l'alcool et des autres agents morbides chez les parents, non seulement diminue la vigueur des enfants, mais aussi limite leur naissance. Examinant encore une fois le tableau clinique, nous trouvons que les 50 familles ont donné naissance, d'après nos renseignements, à 77 enfants en dehors des malades.

De ces 77, 40 sont morts; 27 seulement se portent bien et deux familles n'ont pas eu d'autres enfants que les malades criminels.

On se souvient, par force, de ce que dit Morel sur les effets du poison alcoolique :

« Il entraîne de toute nécessité l'extinction de la famille, et celle de la race en serait la conséquence forcée, si l'on pouvait supposer la généralisation de ces faits déplorables dans un état social déterminé. » (Morel, *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*, p. 95.)

« Je n'apprendrai rien de nouveau aux médecins en leur disant que l'hygiène physique est la compagne inséparable de l'hygiène morale; mais il est des médecins qui ont besoin de se convaincre que la loi morale ne peut prospérer d'une manière féconde que dans un *organisme sain*. » (*Ibid.*, p. 689.)

Dans un article si limité que celui-ci doit être, il est manifestement peu pratique d'entrer dans une étude aussi étendue et détaillée que ce sujet intéressant exige, pour épuiser tous ses points de similitudes et d'affirmation. Nous avons cité ci-dessus simplement quelques faits frappants, avec leurs circonstances accompagnées, qui permettent de dire, en général, qu'il existe une relation intime entre l'alcoolisme des parents et la criminalité de leurs enfants. Le point que nous considérons le plus important dans notre travail est la similarité remarquable entre les chiffres de la maison de correction à Elmira et les nôtres, indiquant la relation des parents alcooliques et la criminalité morbide de leurs enfants, les deux recherches ayant été faites dans deux directions tout à fait différentes. Nos recherches montrent que 24 des 50 enfants criminels ont des parents alcooliques et les recherches à Elmira montrent 57,1 pour 100 bien tracés et 10,5 pour 100 avec doute, 47,6 pour 100 en total d'enfants criminels dont la morbidité est due directement à l'alcoolisme de leurs parents.

Ajoutez à cela la dégénérescence physique de ces criminels, déjà citée, et considérez que c'est un résultat immédiat du poison alcoolique chez les parents, et nous voyons devant nous une possibilité des recherches et de traitement du crime que la société pourrait bien mettre à profit, cette société qui, depuis des années, continue à punir les enfants pour des offenses engendrées par leurs parents, et qui applique des mesures correctionnelles pour la suppression, chez les enfants, des facultés dont l'origine a été développée chez les parents sans objection.

**DES CONDITIONS D'AVANCEMENT DU PERSONNEL ADMINISTRATIF
DES ASILES D'ALIÉNÉS**

par **M. le docteur DOUTREBENTE,**

Médecin-directeur de l'asile de Blois.

Au nom du personnel administratif des Asiles d'aliénés, j'ai l'honneur d'attirer l'attention des membres du Congrès sur une pétition appuyée des signatures de la plupart des employés d'administration des Asiles d'aliénés de France.

Les conditions d'avancement de ces employés sont le plus souvent limitées parce que trop souvent les économes, receveurs ou secrétaires de direction n'ont pas débuté dans la carrière et sont, en un mot, pris en dehors du personnel qui réclame aujourd'hui votre attention et votre bienveillante intervention.

Ne voulant pas abuser de vos instants, et comprenant que cette question mérite d'être traitée plus spécialement à l'occasion de nos Congrès annuels, je me propose d'y revenir l'année prochaine au Congrès de Limoges¹.

**SUR LE TRAVAIL COMME MOYEN DE TRAITEMENT DES ALIÉNÉS
ET SPÉCIALEMENT SUR LA COLONIE DU VERGER, ANNEXE DE L'ASILE
D'ALIÉNÉS D'AUXERRE, QUE J'AI FONDÉE IL Y A SEPT ANS**

par **M. le docteur LAPOINTE**

Médecin-directeur de l'asile d'Auxerre.

MESSIEURS,

Je vous demanderai la permission de vous soumettre quelques considérations sur le travail comme moyen de traitement des aliénés, et notamment sur la colonie dite Du Verger, annexe de l'asile d'aliénés d'Auxerre, que j'ai fondée il y a sept ans avec la bienveillante intervention du conseil général de l'Yonne.

« En m'inspirant, disait Parchappe, de l'esprit des maîtres de la science, des œuvres qui en portent l'empreinte en France et à

1. Les membres du Congrès ont paru vivement s'intéresser à cette question, et ont demandé au D^r Doutrebente des renseignements qu'il s'est empressé de leur donner.

« l'étranger, et des résultats de ma propre expérience, j'avais formulé dès 1847, relativement à l'organisation du travail dans les asiles d'aliénés, les règles qui me paraissent celles qu'il convient de suivre.

« A ce sujet, une distinction fondamentale s'impose, celle de deux buts bien distincts vers lesquels doit être dirigée l'institution du travail, suivant qu'on l'envisage comme moyen de traitement pour des malades curables, ou comme moyen de bien-être et d'amélioration pour des malades chroniques et incurables.

« C'est à la sagacité du médecin dirigeant, qu'il appartient de discerner avec le tact qu'une longue expérience peut seule donner, quand, comment et sous quelle forme le travail peut et doit être associé aux autres éléments du traitement.

« Le travail dans les asiles d'aliénés, comme dans toutes les agglomérations, est une condition essentielle du bon ordre à tous les points de vue. Le bien-être même des aliénés est étroitement lié à la loi du travail, soit qu'on le considère comme moyen hygiénique, soit qu'on l'envisage comme moyen régularisateur de l'état mental. »

Les principes qu'a formulés ainsi l'illustre Parchappe, il y a plus d'un demi-siècle, résument la doctrine des maîtres de l'époque. Nul mode de traitement des aliénés n'a plus d'efficacité que le travail, et particulièrement le travail agricole, toutes les fois que son application est possible.

Par le travail, et surtout celui qui est en rapport avec ses aptitudes, l'aliéné tient en éveil son attention sur ce qu'il fait, et se soustrait, malgré lui en quelque sorte, à l'objet de son délire ; celui-ci, quand il n'a pas encore jeté de racines trop profondes, devient moins obsessif et se montre moins résistant, parce que le temps lui a manqué pour évoluer avec toute son intensité morbide.

Le travail entretient en outre et relève la santé physique, ramène parfois l'ordre dans les idées et aide singulièrement à la guérison.

Toutes les fois que l'incurabilité n'est pas un fait accompli, même chez les chroniques ou incurables, son action est des plus utiles. Il réveille la spontanéité, suscite l'activité et fait renaître des aptitudes profondément endormies, ou même en crée de nouvelles de toutes pièces, au profit de leur bien-être et de l'intérêt de l'établissement.

Ces aptitudes, et c'est ici le côté véritablement remarquable du résultat obtenu, se consolident avec le temps et deviennent habitudes. Celles-ci se substituent alors à l'entendement, qui a perdu ses droits, font prévaloir l'ordre au milieu souvent de l'incohérence, et relèvent de la déchéance physique et mentale, à la dignité d'hommes qui

savent encore se rendre utiles, des êtres qui, sans le travail, seraient tombés à jamais au dernier échelon de la population d'un asile d'aliénés, c'est-à-dire dans la démence finale et le gâtisme.

Au résumé, c'est donc dans le travail que se confond la thérapeutique par excellence des aliénés, et c'est au médecin d'asile qu'il appartient d'en faire application. La tâche n'est pas toujours facile, et il faut dire que pour la remplir, il est indispensable de conseiller souvent, de diriger sans relâche et d'insister toujours.

Pour obéir aux principes qui précèdent, nous nous sommes proposé pour principal objectif, dès notre prise de possession du service médico-administratif de l'asile d'Auxerre, il y a dix ans, de développer dans cet établissement, le travail en général, comme moyen de traitement, ainsi que nous l'avons déjà fait dans plusieurs autres asiles.

En tête des moyens applicables, nous avons placé la création d'une colonie agricole, destinée à remédier à l'insuffisance des occupations au grand air, et à aider d'une manière aussi efficace que possible, au traitement général.

Dans un but d'économie, les bâtiments d'un domaine dit le Verger, acquis par le département de l'Yonne, furent simplement répartis entre les principaux services, après avoir subi du fait des aliénés eux-mêmes les appropriations nécessaires. On vit alors tout le domaine en question s'animer d'une activité qu'il n'avait jamais connue. Les malades qui furent les premiers à y résider avaient été au préalable soumis à une observation médicale attentive. Malgré souvent des apparences favorables au point de vue mental, ce n'est que munis d'un brevet de capacité à se rendre utiles, et à ne rien provoquer de fâcheux contre le bon ordre établi, qu'ils avaient fixé le choix dont ils ont été l'objet. Leur nombre s'éleva bientôt à une moyenne de trente individus, qui se constituèrent en diverses escouades.

L'une, formée d'artisans, fut chargée des travaux d'appropriation des bâtiments, de telle manière que les aliénés eux-mêmes furent les ouvriers de leur nouvelle demeure.

A d'autres furent confiés les soins d'intérieur, la bonne tenue des dortoirs, et les occupations accessoires du service de la cuisine.

Une troisième escouade eut à veiller aux étables et à la basse-cour.

Une quatrième enfin, la plus importante de la colonie, se répartit en deux escouades secondaires, celle de la culture maraîchère et celle de la culture ordinaire.

C'est une erreur de penser que la culture maraîchère doit être surtout recherchée dans une colonie agricole d'aliénés.

Elle doit être combinée avec la culture ordinaire, dans le but de varier les occupations. Cette dernière, telle qu'elle se pratique, lui est supérieure comme moyen de traitement. Elle ramène les habitudes d'activité, chez le plus grand nombre, et se montre entraînant plus que ne peut l'être la culture maraîchère, qui est plus monotone et sans appel à l'initiative de ceux qui y sont employés ; elle rompt plus facilement avec les idées délirantes, soit qu'elle les atténue ou qu'elle les dissipe. Elle convient surtout aux aliénés chroniques des formes maniaques, tandis que la culture maraîchère s'accommode mieux aux allures mélancoliques, pour lesquelles les occupations quelque peu bruyantes ont quelque chose de forcé et de pénible.

A un autre point de vue, la culture ordinaire l'emporte encore sur la culture maraîchère. Elle permet plus facilement l'application du principe essentiel dans la circonstance, qui consiste à multiplier les occupations par la division du travail. Il importe autant que possible que chaque travailleur, surtout dans les charges d'intérieur, ait sa besogne spéciale ou appartienne à un groupe dont les occupations soient bien délimitées. Ce n'est que par ce moyen que l'on obtient de bons services, souvent supérieurs à ceux que rendraient des serviteurs à gages. L'habitude de remplir le même office, tous les jours à la même heure et dans la même forme, s'acquiert vite et tient pied aux poussées délirantes ou impulsives. Dans tous les offices d'une colonie d'aliénés, le succès n'est assuré que par la division du travail. Chacun doit avoir sa tâche et s'y renfermer sans se préoccuper de celle de son voisin.

Lorsqu'il s'agit du travail en plein air, la répartition est moins divisée, qu'il s'agisse de la culture ordinaire ou de la culture maraîchère, c'est le travail confié à une ou plusieurs équipes.

Pour quelles rendent la somme de services à en attendre, il importe que l'harmonie règne dans chacune d'elles ; elle n'est jamais plus complète que lorsque les aliénés travaillent côte à côte, passivement, sans se préoccuper ni d'eux-mêmes, ni de ce qu'ils font. Une équipe est d'habitude silencieuse ; il est rare que quelqu'un y élève la voix. L'aliéné en général vit au-dedans de lui-même, ignore son voisin, et très souvent la tâche qu'il remplit.

Les évasions sont rares à la colonie du Verger ; cependant de barrières il n'en existe aucune et l'on y vit en toute liberté. La surveillance même n'a pas sa raison d'être, au point de vue des évasions ; les bois d'alentour la déjoueraient totalement.

La cloche sonne les heures du travail comme celles des repas et chacun s'empresse de se rendre à son appel.

Le dimanche est jour de repos. Certains malades en profitent pour aller en promenade dans les environs de la ferme; d'autres préfèrent le jeu de boule, le jeu de tonneau ou de cartes qu'ils accompagnent très allègrement d'un verre de bière, que le chef de culture est chargé de tenir à leur disposition. D'autres s'en vont sous bois, rêver à leurs châteaux en Espagne, pour ne rentrer qu'à l'heure des repas.

Les aliénés chargés de l'exploitation d'un domaine agricole, doivent être de toute évidence en plus grand nombre que ne le seraient des colons ordinaires.

Un domaine pour lequel sept à huit serviteurs suffiraient, aidés de gens de journée, ne pourrait être exploité convenablement que par quarante ou cinquante aliénés. J'en ai donné la raison plus haut. Elle ressort du principe, qui veut, lorsqu'il s'agit d'aliénés, que les occupations soient aussi divisées que possible. Le succès ne saurait être obtenu qu'à cette condition.

A l'époque où des hommes éminents ont recommandé en France l'installation de colonies agricoles, comme moyen de traitement des aliénés, et aussi comme moyen d'augmenter les ressources des asiles, on s'est généralement, sous ce dernier point de vue, laissé aller à des appréciations exagérées.

Certains même ont pensé que par des exploitations agricoles bien entendues, faites au moyen d'aliénés travailleurs, on arriverait à exonérer les départements des frais d'entretien de leurs aliénés indigents.

De telles exploitations, on ne saurait le nier, il peut résulter pour les asiles d'importantes ressources; mais elles ne doivent jamais être considérées que comme moyen d'atténuation de la dette départementale, et en même temps comme appoint à plus d'aisance et de bien-être dans le fonctionnement de l'institution hospitalière.

Le principal avantage qui ressort d'une exploitation agricole faite par des aliénés, celui dont il importe avant tout de tenir compte, est donc celui qu'elle procure comme moyen de traitement. Les travaux de culture, à ce point de vue, ont obtenu de plein droit une prédilection marquée.

Ils la doivent à leur puissance de diversion sur l'état mental, et à leur propriété d'harmoniser les facultés intellectuelles et morales, tout en harmonisant les fonctions organiques.

DES COLONIES D'ALIÉNÉSpar **M. le docteur L. DEPERON,**

Médecin-directeur de la Colonie de Lierneux (Belgique).

La colonie wallonne d'aliénés de Lierneux, à l'instar de celle de Gheel, a été établie en vue d'assurer aux malades, en même temps que toutes les ressources de l'art thérapeutique, les avantages de la vie de famille.

L'éloge du traitement familial, comme mode de guérison ou d'amélioration des affections mentales, n'est plus à faire; les spécialistes les plus éminents en vantent l'efficacité et tous les pays de l'Europe s'efforcent à l'implanter chez eux.

Depuis des siècles, l'établissement de Gheel jouit d'une légitime renommée.

Mais les malades d'origine wallonne s'y trouvent au milieu d'une population ne connaissant pas leur langue. A eux surtout est destinée la colonie de Lierneux.

Ce fut dans le courant de l'année 1884, sur l'initiative de M. L. Pety de Thozée, Gouverneur, que le Conseil provincial de Liège jeta les bases de cette institution éminemment humanitaire et dont auparavant on avait vainement poursuivi la réalisation dans la partie wallonne de la Belgique¹.

Au début, Lierneux n'était qu'une succursale de Gheel; mais, après des développements rapides, la colonie fut définitivement érigée en institution légale par arrêté royal du 11 février 1885².

Lierneux, localité essentiellement agricole, est située au sud de la province de Liège, à 10 kilomètres de la station de Vielsalm, dans le triangle formé par les trois villes ardennaises de Stavelot, Laroche et Houffalize et à 4 lieues de chacune d'elles.

Son territoire comporte une superficie de 6518 hectares. Cette étendue considérable, l'absence de cours d'eau navigable, l'éloignement des grands centres, démontrent la possibilité de recevoir plus de 1000 malades, tout en leur procurant des conditions satisfaisantes d'isolement et de tranquillité.

La colonie se compose :

1. Consultez la brochure : Des Colonies d'aliénés, par V. Oudart, inspecteur-général des asiles d'aliénés du royaume.

2. Lire, à ce sujet, le discours prononcé par M. le gouverneur à la séance d'ouverture du Conseil provincial de Liège (session de 1896).

1^o D'un noyau central d'habitations qui constituent le village de Lierneux proprement dit et de 18 hameaux répartis en 5 paroisses.

Ces hameaux, qui tous reçoivent des pensionnaires, sont : Jevigné, Lansival, Banneux, La Vaux, La Falize, Brux, Odimont, Hierlot, Amcômont, Noirefontaine, Reharmont, Verleumont, Grand-Sart, Petit-Sart, Joubiéval, La Comté, Salm-Chateau et Provedroux.

Les malades sont placés dans les familles les plus honorables de la localité; ils en partagent la vie, les plaisirs et les travaux si, toutefois, une occupation régulière peut accélérer leur retour à la santé ou exercer une influence bienfaisante sur leur état physique ou mental.

En un mot, les aliénés font partie de la population au milieu de laquelle ils vivent sans qu'ils se rendent compte de la surveillance dont ils sont l'objet.

2^o D'une infirmerie divisée en deux sections, l'une pour les hommes, l'autre pour les femmes, et destinée à recevoir :

a) Tout aliéné entrant à la colonie pour y être tenu en observation pendant un certain temps.

b) Les aliénés de la colonie, malades, indisciplinés, ou momentanément dangereux.

L'organisation des divers services de la colonie, les obligations des hôtes (habitants recevant des aliénés aisés) et des nourriciers (habitants hébergeant des aliénés aisés), les devoirs des employés et agents subalternes, etc., font l'objet de deux règlements détaillés, approuvés par le Gouvernement. L'un est relatif à la généralité des services de la colonie, l'autre concerne spécialement le service de l'infirmerie.

Conditions d'admission.

Aux termes de l'article 24 du règlement organique, les aliénés wallons de toutes catégories peuvent être colloqués dans la commune de Lierneux, sauf ceux à l'égard desquels il faut employer, avec continuité, les moyens de contrainte et de coercition, les aliénés suicides, homicides et incendiaires, ceux dont les évasions auraient été trop fréquentes ou dont les affections seraient de nature à troubler la tranquillité ou à blesser la décence publique.

L'admission d'un aliéné doit avoir lieu suivant les formalités prescrites par les articles 7 et 8 de la loi du 18 juin 1850.

La colonie reçoit deux catégories de pensionnaires : les aliénés indigents et les aliénés aisés.

1^{re} catégorie : aliénés indigents.

Les frais d'entretien des aliénés indigents sont avancés à la colonie

par la province et remboursés partiellement à celle-ci par l'État et le fonds commun, suivant les règles prescrites par la loi sur l'assistance publique. Le prix de la journée d'entretien comprenant frais d'alimentation et de coucher, soins médicaux, d'administration et de surveillance, est fixé à 1 fr. 40. Les malades ont une chambre convenable à leur usage et ils partagent la table d'un cultivateur aisé; leur nourriture est saine et abondante; ils reçoivent au moins par semaine 5 kilogr. et demi de pain de froment ou de méteil et 1 kilogramme de viande, indépendamment des légumes, beurre et bière.

Les vêtements ne portent aucun signe distinctif : ce sont ceux de la classe moyenne de la localité.

2^e catégorie : pensionnaires aisés.

Le prix des pensions, y compris le service médical et administratif est au minimum de 511 francs.

Les familles ont le droit de choisir, parmi les maisons agréées par l'Administration, celles où elles désirent placer leurs malades.

Le prix des pensions est établi d'après les exigences et le confort; les frais d'habillements et de vêtements sont à la charge des familles, ainsi que la dépense à résulter des fournitures pharmaceutiques.

Sur demande, des agents spéciaux attachés à l'établissement sont chargés de conduire et d'amener les malades.

La colonie est une institution provinciale placée sous la haute direction de la députation permanente du Conseil provincial de Liège.

Ce collège est secondé dans sa tâche :

1^o Par un Comité permanent d'inspection et de surveillance, composé du gouverneur de la province, président; du procureur du roi de l'arrondissement, du juge de paix du canton, du bourgmestre de la commune et de membres désignés par le Gouvernement et par la Députation permanente.

2^o Par des médecins nommés, sur la proposition de la Députation permanente, par le Gouvernement et dont l'un porte le titre de médecin-directeur.

Du Comité permanent.

Le Comité permanent est chargé du contrôle et de la surveillance de la colonie. Deux de ses membres font, mensuellement, une inspection minutieuse d'une partie de la colonie; ils s'assurent notamment de la nature et de la qualité des aliments comprenant les repas des aliénés, de la propreté des chambres occupées par ceux-ci et vérifient la façon dont les nourriciers s'acquittent envers leurs pensionnaires des obligations qui leur sont imposées par les règlements.

Leur inspection terminée, ils adressent au Comité permanent, un compte rendu détaillé des observations qu'ils ont recueillies au cours de leur visite.

Du médecin-directeur et des médecins.

Outre le service médical de la colonie et de l'infirmerie, placé sous son autorité exclusive, le médecin-directeur exerce, par délégation, les pouvoirs inhérents à son titre de directeur de la colonie.

Il statue sur les demandes d'admission et sur le renvoi des aliénés ; il place ceux-ci chez les hôtes et nourriciers et surveille le fonctionnement des divers services de la colonie.

Indépendamment des consultations, qu'autant que de besoin, les malades viennent prendre auprès des médecins, ceux-ci visitent, une fois par semaine, et plus souvent si l'état de l'aliéné l'exige, les curables, une fois par mois au moins, les incurables.

Des infirmiers-gardes.

La colonie, au point de vue de la surveillance, est divisée en quatre sections de plusieurs hameaux chacune ; à la tête de chaque section se trouve un infirmier-garde qui visite les chambres, s'assure, aussi bien de nuit que de jour, que les aliénés sont traités avec sollicitude et soignés conformément aux règlements.

Ce garde consigne les observations faites en cours de route dans un rapport qui est remis journallement au médecin-directeur.

Un chef-garde contrôle le service des surveillants de section et est à son tour contrôlé par les médecins de la colonie.

Depuis la création de la colonie (11 février 1885), jusqu'au 31 décembre 1899, il y est entré 1572 malades des deux sexes et le chiffre des guérisons est d'environ 10 pour 100 ; la mortalité est actuellement de 4 pour 100. La population au 1^{er} janvier 1900 est de 254 hommes et 174 femmes.

Esquirol écrivait en 1818 : « J'ai vu les aliénés nus, couverts de hailons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits sales, étroits, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grand frais dans les capitales.

« Voilà ce que j'ai vu partout, voilà comment sont traités les aliénés presque partout en Europe. »

Plus rien de tout cela aujourd'hui, ni dans les asiles fermés, ni dans les colonies; venez visiter nos deux établissements de Gheel et Lierneux; allez voir la nouvelle colonie de Dun et vous en reviendrez, quelles que soient vos sympathies pour les asiles fermés, avec moins de préventions contre le système familial et beaucoup d'admiration pour les nourriciers.

Vous y reconnaitrez aussi qu'il ne faut pas des siècles pour faire un Gheel, il suffit de trouver — ce qu'on rencontre partout — des maisons hospitalières pour recevoir les aliénés.

Il n'est pas même besoin, pour tenter un essai du système colonial, de grands frais d'établissement; comme à Lierneux, une modeste maison de village peut, dans le début, servir d'infirmier pendant la période d'observation qui précède le placement des colons chez les nourriciers; évidemment, dans le principe et pour habituer les habitants à ne pas redouter les aliénés, on choisira ceux-ci parmi les plus paisibles et les plus travailleurs; les détails d'organisation, d'administration, seront résolus au jour le jour et, dans tous les pays, on parviendra, je n'en doute pas, à soumettre tôt ou tard au régime familial bien des malheureux pour lesquels ne se justifient pas des mesures de claustration et de séquestration proprement dite.

**DE LA RESPONSABILITÉ DANS LES CAS DE PLACEMENT FAMILIAL
OU EN SECTION OUVERTE**

par **M. MARIE,**

de Villejuif.

Les graves questions de responsabilité se posent quand il s'agit d'appliquer les nouvelles méthodes d'assistance et de traitement par l'open-door et le régime familial à l'égard des aliénés.

Aussi avons-nous cherché à établir à l'occasion des crimes ou délits possibles, commis par les malades soumis à la porte ouverte dans l'asile ou la colonie familiale, quelle serait la responsabilité des nourriciers d'une part et, subsidiairement, des médecins et de l'administration dont ils dépendent. Il est bien évident, en effet, que de cette question de responsabilité dépend toute l'extension de ces systèmes

nouveaux d'assistance. Leur vogue serait vite compromise si l'on voyait prévaloir, en droit et juridiquement, la théorie de la responsabilité pénale et civile des agents de l'administration et de l'administration même.

Quel est le médecin qui se risquerait à désigner un malade pour l'assistance en famille ou pour la sortie en permission hors l'asile si les tribunaux le rendaient garant des écarts toujours possibles de la part des malades comme des bien portants ?

Aussi pensons-nous qu'ici la responsabilité du médecin est la même qu'en cas de sortie, il n'est responsable là comme ailleurs qu'en cas de faute lourde démontrée dans tel cas particulier.

Aussi avons-nous proposé que la situation des malades placés dans les quartiers ouverts de convalescence ou envoyés en patronage familial transitoire de convalescence soit assimilée à celle des épileptiques non aliénés assistés dans les sections annexées aux asiles, mais en dehors de la loi de 1858 et sortis de son régime. D'ailleurs, outre le précédent des épileptiques simples, il y a celui de Dun même, où pendant 5 ans les aliénés assistés en famille, l'ont été par voie de sortie jusqu'à ce que la colonie fût une institution consacrée et reconnue assimilée à l'asile public (26 février 1896). Je sais bien qu'il y a là matière à arguties au point de vue de la contribution aux frais d'assistance et de l'imputation du prix des journées; mais ce n'est là qu'une question budgétaire parfaitement soluble en droit comme en fait.

Quoi qu'il en soit, il y a lieu de corroborer l'expérience de Dun, la seule en France pour ces questions, par l'expérience des médecins étrangers qui pratiquent l'open-door et l'assistance familiale.

Nous avons donc adressé, avec M. Toulouse, un questionnaire sur ces points aux médecins inspecteurs d'Écosse, et aux médecins directeurs des colonies belges, allemandes, russes et américaines. Notre enquête a été plutôt négative.

En Allemagne, à Dallorf, A. Rothe signale 4 cas de grossesse avec un contingent de 424 malades, dont 214 femmes, et un cas de traumatisme grave causé à un nourricier par un malade. Les grossesses survenues dans la famille même des malades ne purent donner lieu à aucune poursuite. Quant au traumatisme, il donna lieu à des soins et indemnités identiques à celles qui s'appliquent aux cas d'infirmiers blessés dans le service intérieur de l'asile.

En Russie, la colonie de Ballachna, près Nijni-Novgorod, est trop récente pour avoir eu des accidents; celle de Moscou, annexée à l'asile Alexeïeff, n'a pas tout à fait 100 malades : mais malgré les pré-

ventions et l'hostilité des autorités voisines, elle n'a pas donné lieu à des poursuites judiciaires pour délits sérieux imputables aux malades; déplacée et non supprimée, comme on l'a prétendu, cette colonie date de 1888; il est permis d'attribuer ce résultat au choix judicieux des malades qu'a su faire son fondateur, M. Bajénoff.

A la colonie d'Ekaterinoslaw, on relève 2 cas de brutalités commises par les malades sur les nourriciers. Dans l'un et l'autre cas, les nourriciers refusèrent de porter plainte en justice et se firent maintenir pour obtenir d'autres malades en remplacement des violents dont ils avaient souffert.

En Russie, comme en France, à Dun, aucun crime ni délit n'a donc été relevé encore depuis dix ans, à l'actif des placements familiaux.

Pour ma part, depuis 1892 que j'ai fondé l'assistance familiale en France, j'ai signalé, dans mes rapports, un délit de pêche ayant entraîné confiscation de l'engin que le malade avait fait à mailles trop petites, ainsi que quelques infractions au code rural pour cueillette de fruits ou légumes. Les malades incriminés étaient des inconscients; une surveillance plus sérieuse des garde-messiers a d'ailleurs, à la deuxième année, permis d'éviter ces maraudes et depuis que les gardes touchent une prime de surveillance préalable, il n'y a plus lieu à primes par délit, car il n'y a plus eu de délit de ce genre.

En Amérique, suivant M. Bell, l'assistance dans les colonies du Massachussets est étendue à une proportion bien plus considérable des chroniques que chez nous.

C'est ainsi que l'auteur précité a développé au Congrès cette idée que l'on peut arriver à assister hors l'asile 60 pour 100 des aliénés. Il est vrai de dire que dans ce nombre, il n'y a pas que des chroniques, mais aussi les convalescents transitoirement assistés en famille ou en section ouverte. Malgré cela, pas d'inconvénient particulier au point de vue délictuel.

En Écosse, il y a chaque année quelques accidents sexuels: j'entends une ou deux grossesses chez les jeunes femmes aliénées confiées aux familles. C'est toujours dans l'extrême nord où l'absence d'asile oblige à laisser en famille des malades qu'ailleurs on internerait. Mais, constamment, les malades grosses sont celles confiées à la surveillance de leur propre famille; dès lors ceux qui pourraient poursuivre sont les mêmes qui seraient passibles de négligence; aussi n'y a-t-il pas de poursuites possibles.

Ceci serait tout au plus à relever comme argument contre l'assistance familiale directe et en faveur de la surveillance dans les familles

étrangères; on sait que les asiles fermés eux-mêmes ne sont pas exempts de ce genre d'avatars.

En Écosse, par ailleurs, nous écrit M. l'inspecteur Sibbald, il y a dans la loi sur les aliénés de 1857 un article (99) dont voici le résumé :

Cas de délit ou crime subis par un malade placé en famille.

Article 99. — Chaque fonctionnaire ou employé chargé de fonctions administratives à l'égard des aliénés, qui maltraitera, négligera, ou fera du mal à un aliéné sera jugé coupable d'un délit, et peut être condamné à une amende qui ne pourra excéder 2,500 francs, ou à un emprisonnement qui ne pourra excéder six mois.

En cas de crime ou délit par un aliéné placé en famille, il y a poursuite, identiquement comme au cas d'une personne non aliénée.

Mais au commencement de la procédure, l'état mental du sujet sera l'objet d'une enquête, et s'il n'y a pas de doute qu'il est fou on le reléguera dans un asile comme dangereux. Le fait qu'il ait été placé comme aliéné en famille n'empêche pas que le tribunal fasse enquête de nouveau sur son état mental.

Mais tout cela va sans dire, quand je dis qu'il n'y a pas de loi expresse pour le cas posé.

En ce qui concerne la responsabilité des nourriciers et de l'administration, voilà la teneur de l'article 5 du règlement de la colonie de Lierneux :

« Chaque aliéné est placé sous la garde spéciale et la surveillance directe de l'hôte ou du nourricier.

« Ceux-ci sont responsables de tous les dommages ou dégâts que leur pensionnaire occasionnerait.

« Ils ne peuvent employer à l'égard de l'aliéné aucune espèce de mesure de coercition ou de contrainte sans l'autorisation préalable du médecin directeur ».

L'article 1582 du code civil belge dispose : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».

Il me paraît que ces articles règlent la question : si aucune faute n'a été commise, il n'y a aucun recours possible contre le nourricier, ni contre l'administration de la colonie, l'aliéné étant irresponsable, et les conséquences dommageables que pourrait avoir sa présence dans la commune ne pouvant être imputées au nourricier ou à la direction, aussi longtemps qu'ils ne sont pas en faute.

C'est donc une question de fait qui doit être résolue suivant les circonstances et qui ne comporte pas une solution de principe.

« Depuis que je dirige la colonie de Lierneux, nous écrit M. le D^r Depéron, c'est-à-dire depuis huit ans, je ne me souviens pas d'avoir eu des difficultés sérieuses concernant les méfaits commis par les aliénés; si le malade est malfaisant ou malveillant, j'essaye d'un déplacement de nourricier et de hameau et, au besoin, je transfère dans un asile fermé l'aliéné reconnu inapte au régime familial. »

A Gheel comme à Lierneux, le règlement dit simplement que le nourricier est responsable des actes commis par ses aliénés; comme il n'y a jamais eu d'accidents graves, on n'a jamais eu l'occasion d'appliquer le règlement: « J'ai vu, pour ma part, dit M. Peeters, un nourricier être condamné à une amende (à tort selon moi), parce qu'il avait laissé une porte ouverte et que son malade en avait profité pour se suicider. »

Dans le cas du bourgmestre de Gheel, tué par Xincevall en 1844, donc avant l'organisation du régime des aliénés, Xincevall comparut devant la Cour d'assises, fut condamné à mort, et fut interné dans une maison d'aliénés. Il n'y a jamais eu d'autres accidents de ce genre.

Les quelques lignes qui précèdent suffisent à démontrer que l'aliéné peut être, hors l'asile, soumis à une surveillance médicale efficace; l'habitude de croire que hors l'enceinte manicomiale il n'y a pas de salut, repose sur une connaissance individuelle incomplète des malades, et sur l'ignorance des conditions de surveillance effective, réalisable dans l'assistance familiale.

Cette surveillance semble plus aisément réalisable dans une famille étrangère que dans la famille même du malade, si l'on en juge par les accidents sexuels observés à l'étranger.

Ce point est important à noter pour la partie de l'assistance hors l'asile qu'il reste à réaliser chez nous.

Je veux parler de l'assistance des convalescents par le patronage familial transitoire et la section ouverte.

C'est ici surtout qu'il importe de dégager les médecins et l'administration des responsabilités étroites, en considérant ces convalescents comme sortis du régime de la loi de 1858 et non aliénés. Actuellement, c'est le brusque retour à la vie commune qui expose l'aliénée sortante à toutes les chances d'accidents sexuels ou autres; l'administration et les médecins s'en lavent les mains, et la malade guérie hors l'asile cesse d'espérer tout secours ou appui, car je ne compte pas les cinq jours à l'asile Fessard, et les secours des Sociétés de patronage sont encore peu de chose.

En quoi une surveillance tutélaire transitoire, exercée par le place-

ment familial de quelques semaines ou l'hospitalisation dans une section ouverte tout comme l'asile Fessard ou Vincennes, engagerait-elle plus les responsabilités administrative ou médicale au cas de délit des assistés ?

Le pavillon ouvert de convalescents constitue un organisme qui manque à nos asiles, bien qu'il ait été réclamé par M. Monod dès 1889. Un certain nombre de malades ne sortent jamais, parce que le saut est trop brusque entre la séquestration complète et la pleine liberté du dehors : tantôt c'est le médecin, tantôt c'est le malade lui-même qui hésite devant ce saut dans l'inconnu. Il est des malades qui sont atteints après une intoxication, une maladie infectieuse, une émotion, une crise convulsive ou toute autre cause de troubles mentaux qui se dissipent en quelques jours. Ils nous arrivent même complètement guéris dans les asiles extérieurs. Comme ils sont fatigués et dans un état de convalescence, on les conserve pendant un temps plus ou moins long. Parfois l'énergie s'émousse à l'asile, et le malade sans place et sans famille se trouve, après quelques mois, incapable de sortir, restant ainsi pour longtemps et quelquefois pour toujours à la charge du département. Les malades pourraient ainsi être plus facilement rendus à la société si on leur donnait, dès qu'ils n'ont plus de troubles mentaux, une liberté complète, tout en leur conservant l'assistance. Il serait bon de fixer un terme maximum, par exemple six semaines, au séjour de chaque malade dans ce quartier. Après quoi le malade aurait sa sortie définitive et serait renvoyé dans un quartier similaire dans un hospice de chroniques. Si la loi nouvelle prévoyait ces quartiers spéciaux, cette disposition encouragerait les médecins à essayer plus largement de ce mode d'assistance si libéral, et en même temps économique par ses conséquences.

Au point de vue pratique, il n'y a pas de difficulté à faire diriger par l'administrateur de l'asile un quartier ouvert situé hors de l'asile.

Pour les anciens établissements, l'administration d'un quartier destiné à être ouvert ne présente plus de difficultés. Il n'y a qu'à supprimer les serrures et à donner un costume différent aux hospitalisés libres qui, comme les employés de l'asile, peuvent entrer et sortir, sans autorisation. D'ailleurs, il serait toujours possible de construire un quartier ouvert hors l'asile.

Nous ne faisons ici que présenter les raisons principales susceptibles de montrer que le projet est réalisable, et nous laissons aux pouvoirs publics et à l'administration le soin d'étudier dans quelles conditions ce nouvel organisme pourrait être introduit dans le service des aliénés.

L'établissement de ces quartiers est illégal ? il faut partir de ce prin-

cipe que les sujets y hospitalisés seront des convalescents, si on les considère, ce qui est notre opinion, comme des malades ordinaires, non aliénés et il ne semble pas que les communes puissent réclamer contre ce mode d'assistance. En effet, l'article 1^{er} de la loi du 15 juillet 1895 met à la charge des communes l'assistance des malades indigents; l'article 4 de la même loi soumet à la délibération des conseils généraux l'organisation de ce service et la fixation de la part contributive du département et des communes.

Il n'y a donc pas plus de difficultés ici qu'à l'annexion aux asiles, de sections ouvertes d'épileptiques simples non séquestrés, ainsi que cela se fait à Blois, Moulins, etc.

Il est donc permis d'espérer que l'on arrivera enfin à comprendre l'assistance de l'aliéné comme n'étant pas indissolublement liée à l'internement.

A côté des placements forcés dans les asiles fermés et les colonies ordinaires, il y aurait lieu d'organiser des placements libres de convalescents en hôpitaux ouverts ou en famille.

L'assistance familiale directe projetée dans Paris et les environs est d'une application imminente : elle portera sur des malades sortis des asiles.

Un jour viendra où l'hôpital de traitement et d'observation préalable s'ouvrira comme hôpital simple sans internement et remplacera le passage au Dépôt; alors le placement libre des malades deviendra l'état normal et l'internement, l'exception : c'est textuellement d'ailleurs le vœu adopté par le récent Congrès international d'assistance.

**RAGE DES RUES : LÉSIONS DE LA MOELLE CERVICALE
PRÉSENTATION DE PHOTOGRAPHIES**

par **M. le docteur Th. TATY,**

de Lyon.

J'ai l'honneur de présenter au Congrès des photographies en couleur d'une coupe de la moelle cervicale d'un chien atteint de rage des rues et mort au quatrième jour de l'observation. La préparation provient d'une pièce adressée au laboratoire du professeur Pierret par M. Rivière, vétérinaire, et a été faite par MM. Egli et Vurpas, préparateurs. (Durcissement à l'alcool, mordantage au formol, coloration à la fuchsine.)

Les photographies ont été prises par M. Auguste Lumière, avec son obligeance et son amabilité accoutumées, au moyen de sa méthode pour la photographie des couleurs. Elles reproduisent le point le plus intéressant de la coupe, c'est-à-dire une cellule multipolaire de grande dimension de la corne antérieure gauche, absolument noyée dans une multitude de noyaux arrondis ou ovoïdes et étalés en couche épaisse, par cinq ou six de front. Les prolongements de la cellule sont également entourés. Le corps de la cellule est déjà envahi par ces mêmes noyaux. Le noyau cellulaire se reconnaît encore à une légère teinte claire entourant le nucléole, très reconnaissable à sa forme et à sa coloration intense, et resté central.

D'après Babès, on trouve dans la moelle et dans le bulbe des animaux morts de la rage de petits nodules de cellules embryonnaires autour des capillaires et des cellules nerveuses. Dans notre cas, il s'agit de véritables îlots, deux ou trois par coupe seulement, n'existant qu'autour des cellules de grande dimension et ne se produisant pas autour des cellules de dimensions moyennes ou petites. Il y a en général, auprès ou aux environs de chacune de ces cellules ainsi noyées, un ou deux capillaires gorgés des mêmes éléments. Le reste de la substance grise contient également des éléments semblables, mais disséminés et présentant l'aspect qu'on rencontre dans les myélites infectieuses. Mais ni dans le tétanos spontané du cheval, ni dans la maladie des jeunes chiens, nous n'avons eu l'occasion d'observer ces grands îlots. Il s'agit certainement là d'accumulation d'éléments migrateurs et il semble qu'il faille invoquer une plus grande vitalité des cellules en question pour expliquer la sélection ainsi produite.

Je présente des photographies du même point, les unes bleues, les autres rouges; leur superposition et leur examen par transparence donnent le ton violet de la préparation originale. On remarquera que les images de certains corps migrateurs ne se superposent pas exactement, bien qu'elles soient évidemment la photographie du même élément. Il ne s'agit probablement que d'une apparence due à la différence de foyer des rayons bleus et rouges. Nous avons remarqué que, sur la préparation fraîche, certains des éléments présentaient des colorations différentes et nous avons pensé que l'analyse photographique reproduirait ou expliquerait cette différence. Il ne nous est pas possible de conclure ici; mais il nous a semblé bon de signaler ce point qui peut faire l'objet d'études intéressantes.

CLÔTURE DU CONGRÈS

M. LE PRÉSIDENT. — Nous sommes arrivés au terme de nos travaux; en portant les regards en arrière, vous avez le droit de dire : « Notre temps n'a pas été perdu ».

Les questions posées par le Comité d'organisation ont été magistralement traitées et nous adressons nos félicitations et nos bien vifs remerciements à tous nos rapporteurs étrangers et nationaux. D'autre part, des communications nombreuses et importantes sont venues chaque jour ajouter à l'éclat de nos réunions scientifiques internationales.

Si vos travaux ont marqué un pas en avant pour la science psychiatrique et l'amélioration du sort des aliénés, chacun de nous a pu nouer avec nos collègues étrangers des relations étroites qui, nous en sommes convaincus, après notre séparation, malgré les distances, ne s'effaceront plus.

Je suis certain d'être l'interprète de tous en adressant des remerciements chaleureux et mérités à notre secrétaire général, M. Ritti, pour le zèle patient et dévoué qu'il a montré pendant la longue préparation et la durée du Congrès.

Quant à moi, mes chers collègues, je conserverai toujours le souvenir le plus reconnaissant de votre cordiale bienveillance qui m'a rendu ma tâche si facile.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Je suis extrêmement touché des éloges que veut bien m'adresser notre vénéré Président, et je lui en exprime toute ma sincère reconnaissance.

Mais si mes efforts ont été vraiment couronnés de succès, le mérite en revient pour une large part à notre Président lui-même, qui n'a ménagé ni son temps ni sa peine pour la réussite de l'œuvre commune; au Comité d'organisation de la section qui nous a donné l'aide la plus empressée. Nous ne saurions oublier M. le Président du XIII^e Congrès international de médecine, l'éminent professeur Lannelongue et son distingué secrétaire général, M. le docteur Chauffard, qui nous ont tant secondé dans notre tâche, et qui, en travaillant avec patience et dévouement au succès du Congrès, que personne ne saurait mettre en doute, ont contribué au succès de chaque section. Je suis sûr d'être votre interprète en vous proposant, au nom de votre bureau, de voter des remerciements au Président et au Secrétaire général du XIII^e Congrès international de médecine. Votre

bureau vous fait encore une dernière proposition, celle de voter des remerciements à M. Guignard, le savant directeur de l'École de Pharmacie, pour l'hospitalité si empressée et si cordiale qu'il a bien voulu nous accorder.

En terminant, permettez-moi d'exprimer toute ma gratitude à mes collaborateurs directs, à MM. les secrétaires des séances qui se sont acquittés de leurs délicates fonctions avec un zèle vraiment digne d'éloges.

M. MESCHÉDE. — Au nom des membres étrangers du Congrès, je remercie les organisateurs de la Section de Psychiatrie et tous les aliénistes français. Avant de nous mettre en route pour venir à Paris, nous redoutions de trouver ici la chaleur : cette chaleur, nous l'avons trouvée, en effet, non pas dans l'atmosphère, mais bien dans les cœurs, et elle a été aussi bienfaisante que celle de la température avait semblé devoir être nuisible. Donc, mes chers collègues, merci et au revoir à un Congrès ultérieur.

M. LE PRÉSIDENT. — Je déclare close la Section de Psychiatrie du XIII^e Congrès international de médecine.

La séance est levée à midi.

VENDREDI 10 AOUT**VISITE DE LA COLONIE FAMILIALE DE DUN-SUR-AURON (CHER)**

Les membres du Congrès avaient été invités par le département de la Seine à venir visiter la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. La petite ville de Dun est située à une trentaine de kilomètres de Bourges à laquelle elle est reliée par un chemin de fer à voie étroite. Le vendredi matin 10 août, un groupe important de congressistes prenait l'express à la gare d'Austerlitz, sous la conduite de M. de la Moutte, représentant M. le Préfet de la Seine, et de M. le docteur Marie, ancien directeur et fondateur de la Colonie familiale. Il est inutile de rappeler les origines et le fonctionnement de ce mode d'assistance que nos confrères connaissent. Un wagon spécial avec buffet attendait les congressistes à la gare de Bourges et était attelé au train régulier du chemin de fer économique reliant Bourges, Dun, Laugère et Saint-Amand.

La Colonie familiale de Dun comprend plusieurs annexes dans les petits villages environnants : Levet, Bussy, Nizerolles, les Chémeaux, Silly. A Levet, station du chemin de fer avant Dun, le docteur Dupain, directeur médecin en chef de la Colonie, et le docteur Truelle, médecin adjoint, viennent souhaiter la bienvenue aux congressistes.

La petite ville de Dun s'élève d'une façon pittoresque sur le flanc d'un coteau au pied duquel coule l'Auron. Les tours et les remparts de l'ancienne forteresse « le Châtelet » dominant la rivière. C'est actuellement un jardin public, la promenade aimée des pensionnaires de la Colonie. En la saison d'été, on y est à l'ombre sous l'abri des grands arbres et la vue s'étend au loin sur la vallée. La grand'route de la gare passe au pied du bastion et, penchées sur le parapet, de curieuses bonnes vieilles regardent arriver les étrangers.

Dès la descente du train, la visite des placements commence. Le directeur de la Colonie avait eu le soin de faire distribuer des plans de la ville avec l'indication des maisons où se trouvaient les placements. Il devenait facile de se guider. Tout en se dirigeant vers le siège central de la Colonie il était aisé de s'arrêter, chemin faisant, pour visiter et se rendre compte de l'installation des pensionnaires. Ce que l'on désigne couramment sous le nom de placement consiste en une

ou deux chambres d'une habitation particulière mise à la disposition de l'administration pour y loger une ou deux malades. Il est bien entendu que l'état hygiénique de cette chambre est l'objet d'un examen attentif de la part du directeur de la Colonie, qui exige certaines conditions bien précises d'aération, de cube d'air, etc. Les personnes qui logent des pensionnaires, autrement dit les nourriciers, doivent leur fournir un lit de fer ou de bois d'au moins 1 mètre de largeur, un sommier ou une paillasse, un matelas, un traversin, un oreiller, deux paires de draps, trois couvertures, dont une de laine, une chaise, une descente de lit, un vase de nuit, une cuvette, un pot à eau, un meuble pour serrer les vêtements. Des cabinets d'aisances convenables doivent être aménagés, etc. La nourriture des malades doit être saine et abondante et, en général, la même que celle de la famille où elles sont placées. Du reste un règlement précis fixe le poids ou les quantités de viande fraîche, de vin, de pain, etc., afin que l'administration puisse avoir une base pour la surveillance de l'alimentation. Enfin l'autorisation de recevoir des pensionnaires n'est accordée qu'aux habitants qui peuvent satisfaire aux conditions essentielles de moralité, de soins, de propreté, de nourriture, d'espace, de salubrité, etc., des locaux spécialement affectés aux malades. Sous l'influence de ces prescriptions générales d'hygiène imposées pour le logement des aliénées en famille, une modification générale s'est répercutée sur les logements voisins. Le nourricier voyant ce que l'on exigeait pour son pensionnaire et en comprenant bientôt l'intérêt pour lui et les siens, s'est appliqué à lui-même, spontanément, certaines améliorations.

La visite des placements s'effectue d'une manière toute simple. On heurte à la porte, le plus souvent on soulève simplement le loquet et l'on pénètre dans la chambre de la pensionnaire. Les « raisonnables » sont restées chez elles pour faire les honneurs du logis. Les chambres sont propres, le ménage est bien fait, tout est en ordre. Des images, des chromos de périodiques illustrés décorent les murs. Souvent des fleurs égayent le modeste intérieur. Sous les ormes du mail on rencontre des pensionnaires qui conduisent des fillettes par la main, et l'un des médecins le fait remarquer. Car les pensionnaires n'ont pas d'uniforme. L'administration de la Colonie achète des étoffes variées pour le vestiaire de façon à satisfaire le goût des pensionnaires; à première vue, rien dans le costume ne différencie les hospitalisées des habitantes du pays. « Il me semble que ce sont mes petits-enfants que je promène », répond la bonne vieille en continuant sa promenade. D'autres pensionnaires, assises sur un banc, se racontent les nouvelles et discutent. Elles sont toujours au courant des mariages, des enter-

rements, mais surtout des baptêmes des gens du pays. Pour le moment il est question des congressistes et des drapeaux qui décorent l'entrée du siège central de la Colonie. Le docteur Marie a agrandi peu à peu ce siège central par l'achat successif de maisons contiguës et par des constructions nouvelles. C'est là que demeurent le directeur médecin en chef, le médecin adjoint, le premier assistant, (le deuxième assistant habite l'annexe de Levet), le régisseur économiste. Ce siège comprend encore la salle de réunion des pensionnaires, la pharmacie qui sert de salle de consultation, le laboratoire, la bibliothèque, des services généraux du vestiaire et de l'atelier de couture et de confection. Une salle sert à réunir les nourriciers pour leur faire des cours pratiques d'hospitalisation d'aliénés et de pansements, de premiers soins à donner en cas de maladie. En retour d'angle et dominant sur les jardins et la campagne se trouvent deux pavillons, contenant une quinzaine de lits chacun. L'un sert d'infirmierie somatique pour les maladies intercurrentes et l'autre d'infirmierie d'observation, où séjournent les arrivantes en attendant le choix d'un nourricier. Ce choix d'un nourricier est un délicat problème à résoudre, car telle malade qui se déplaît chez l'un est au contraire très heureuse d'être chez un autre. Il est nécessaire que le médecin connaisse les ressources, surtout morales, de ses nourriciers, sur lesquelles il puisse faire fond pour effectuer le placement judicieux de ses pensionnaires. Telle pensionnaire, ancienne ménagère, s'accommodera d'un placement dans un ménage d'ouvriers. Telle autre d'une culture intellectuelle plus élevée se plaira mieux dans un intérieur bourgeois. Du reste les pensionnaires vont et viennent librement et peuvent à tout moment venir trouver le médecin et lui faire leurs réclamations. Le médecin en chef dirige l'ensemble du service et s'occupe des colonies annexes. — Le médecin adjoint, suppléant le médecin en chef, a le service des placements de la ville proprement dite, et il fait ses tournées de visite concurremment avec le premier assistant et le surveillant général. Un téléphone relie le siège central avec la petite infirmierie de Nizerolles.

Après avoir remarqué l'aspect propre et l'air gai des deux pavillons de l'infirmierie, dont les malades se promènent dans le jardin, car l'état sanitaire est excellent, les congressistes arrivent enfin au nouveau pavillon édifié, sur les indications du docteur Marie, par M. Beaudouin, l'architecte de la Colonie. Ce pavillon destiné à recevoir les alitées est construit d'après les données modernes de l'hygiène nosocomiale : les angles sont arrondis partout, l'air et la lumière largement distribués, les peintures au ripolin, etc., c'est un type nouveau et original, véritable modèle à imiter.

Une fresque, représentant la Ville de Paris ouvrant son manteau aux infortunés, décore tout un panneau d'une des salles. C'est l'œuvre d'un peintre de talent, M. Durandea, qui l'a gracieusement offerte à son ami le docteur Marie.

Un lunch est préparé et autour de la table prennent place les personnes notables du pays qui font fête aux congressistes. Il faut citer M. le docteur Vigouroux, le père de notre collègue, le médecin en chef de l'asile de Vaucluse, qui, depuis trente ans, praticien distingué à Dun, a été l'ouvrier de la première heure et le collaborateur actif de la Colonisation familiale.

Une fanfare organisée par les nourriciers a joué les hymnes nationaux et a accompagné à la gare les congressistes, qui ont regagné Bourges par un train spécial. Après un dernier banquet offert à Bourges par la Colonie, les membres du Congrès sont rentrés à Paris vers minuit.

D^r DUPAIN.

INDEX ANALYTIQUE DES MATIÈRES
de la Section de Psychiatrie.

A

- Adresse de la Section de Neurologie et réponse à cette adresse, JOFFROY, 10.
Alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés, 271.
— Rapport de KORSAKOFF, 276.
— Résumé du rapport de KORSAKOFF (SERBSKY), 555.
— Rapport de CLEMENS NEISSER, 547.
— Rapport de JUL. MOREL, 569.
— en aliénation mentale, MAIRET et ARDIN-DELTEIL, 588.
— et traitement moral, PAUL GARNIER, 414.
— Discussion et vœu, 401 et 415.
Avancement (Des conditions d'— du personnel administratif des asiles d'aliénés), DOUTREBENTE, 548.

B

- Brûlures graves (Délire consécutif aux —), RÉGIS, 506.

C

- Campylogramme crânien (Note sur un —), BLIN et SIMON, 490.
— Discussion, 494.
Chirurgien (Rôle du — dans les asiles d'aliénés), PICOQUÉ, 482.
— Discussion, 486.
Clôture du Congrès, 565.
Colonis d'aliénés (DEPERON), 555.
Confusion mentale (Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la —), ROUBINOVITCH et VLAVIANOS, 511.

- Criminalité des enfants (Rapports entre la — et l'alcoolisme des parents), Mlle L. ROUBINOVITCH, 541.

D

- Discours d'ouverture du président MAGNAN, 2.
Dormiol, hypnotique puissant, non toxique, ERICH KOCH, 244.

E

- Éloge du professeur KORSAKOFF (de Moscou), ANT. RITTI, 271.
Esthésiomètre (Présentation d'un — perfectionné en platine, avec les pointes de distance de Weber, etc.), HUGHES, 246.

F

- Folie du doute (Nature et évolution de la —), HUGHES, 152.

H

- Hallucinations visuelles complémentaires chez les amputés, PARISOT, 502.
Hémisphère cérébral en trente-sept coupes, monté pour la démonstration et la description clinique dans les autopsies des maladies du cerveau, HUGHES, 245.
Hérédité (Contribution à l'étude de l'— dans les états mentaux de l'enfant), BLIN, 522.
Hystérie (Sur la genèse et la nature de l'—), OSCAR VOGT, 155.

I

- Idiotie (De l'anatomie pathologique de l—).
 — Rapport de MIERZEJEWSKI, 148.
 — — de SHUTTLEWORTH et Fletcher BEACH, 154.
 — — de BOURNEVILLE, 167.
 — Discussion, 219.
 — (Contribution à l'étude de l'histologie pathologique de l—), PHILIPPE et OBERTHÜR, 207.
 Idiotie morale et sa fréquence dans la descendance, BRUNET, 508.
 Idiots microcéphales (Nouvelle contribution à l'étude de la microcéphalie et, en particulier, au traitement médico-pédagogique des —), BOURNEVILLE, 254.
 Isolement des tuberculeux dans les asiles d'aliénés, MARIE, 528.
 — Discussion et vœu, 555.

L

- Lésions cellulaires corticales (Sur la physiologie et la progression de certaines — accompagnant les accidents mentaux des maladies générales), M. FAURE, 257.
 — Discussion, 262.
 Lésions hépatiques (Fréquence des — dans les cas de délire au cours des maladies infectieuses), M. FAURE, 525.
 — Discussion, 528.

M

- Masturbation (Traitement de la — par l'hyoscine), MAIRET et ARDIN-DELTEIL, 476.
 Morphinomanie (De la suggestion hypnotique et de la psychothérapie dans le traitement de la —), BÉRILLON, 474.

O

- Obsédantes (Contribution à la connaissance des idées —), HASKOVEC, 121.
 — Discussion, 151.
 Open-Door et traitement au lit dans la République Argentine, CABRED, 594.

P

- Paralysie générale (La vraie cause de la —), TCHUSCH, 145.
 — Discussion, 146.
 — (Sur l'origine onirique de certains délires dans la —), RÉGIS et LALANNE, 227.
 — (Des fractures spontanées dans la —), LALANNE, 250.
 — Discussion, 255.
 — (Sur la période terminale de la — et sur la mort des paralytiques généraux), ARNAUD, 242.
 — progressive chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution. Analgésies cutanée et viscérales profondes. Autopsie : intégrité de la moelle, JOFFROY et GOMBAULT, 220.
 — Discussion, 227.
 Paralytiques généraux (Famille des —), VALLON et WAHL, 486.
 — Discussion, 490.
 Paranoïa périodique, MESCHÉDE, 140.
 Passage entre la vie ordinaire et la maison d'aliénés, Gustave d'OLAH, 555.
 Perversions sexuelles obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal.
 — Rapport de KRAFFT-EBING, 417.
 — Résumé du rapport de KRAFFT-EBING (OBERSTEINER), 428.
 — Rapport de Paul GARNIER, 450.
 — Discussion, 467.
 Phobies (Méthode de traitement de certaines —), HARTENBERG, 472.
 Placement familial des aliénés. Système écossais, SUTHERLAND, 494.
 — Discussion, 499.
 Prostate dans ses rapports avec les perversions sexuelles, SUTHERLAND, 468.
 Puberté (Psychoses de la).
 — Rapport de Th. ZIEBEN, 10.
 — Résumé du rapport de ZIEBEN, 50.
 — Rapport de MARRO, 51.
 — — de J. VOISIN, 49.
 — (Pronostic éloigné des psychoses de la —), CULLERRE, 100.
 — (Statistique des psychoses de la — à l'asile d'aliénées de Bordeaux), PONS, 110.
 — Discussion, 116.

R

- Rage des rues : lésions de la moelle cer-

vicale. Présentation de photographies, Th. TATY, 565.

Repos au lit dans les psychoses aiguës d'origine pellagreuse, BRAESCO, 415.

Responsabilité dans les cas de placement familial ou en section ouverte, MARIE, 557.

Rougeur émotive (Les formes pathologiques de la —), HARTENBERG, 501.

S

Striation transversale des ongles et activité de régénération du tissu corné chez les aliénés. Marco TRÈVES, 255.

— Discussion, 256.

Strychnine (Un cas d'empoisonnement par la —, par erreur d'un pharmacien. Manifestations physiques et psychiques

consécutives à cet empoisonnement), TERRIEN, 246.

T

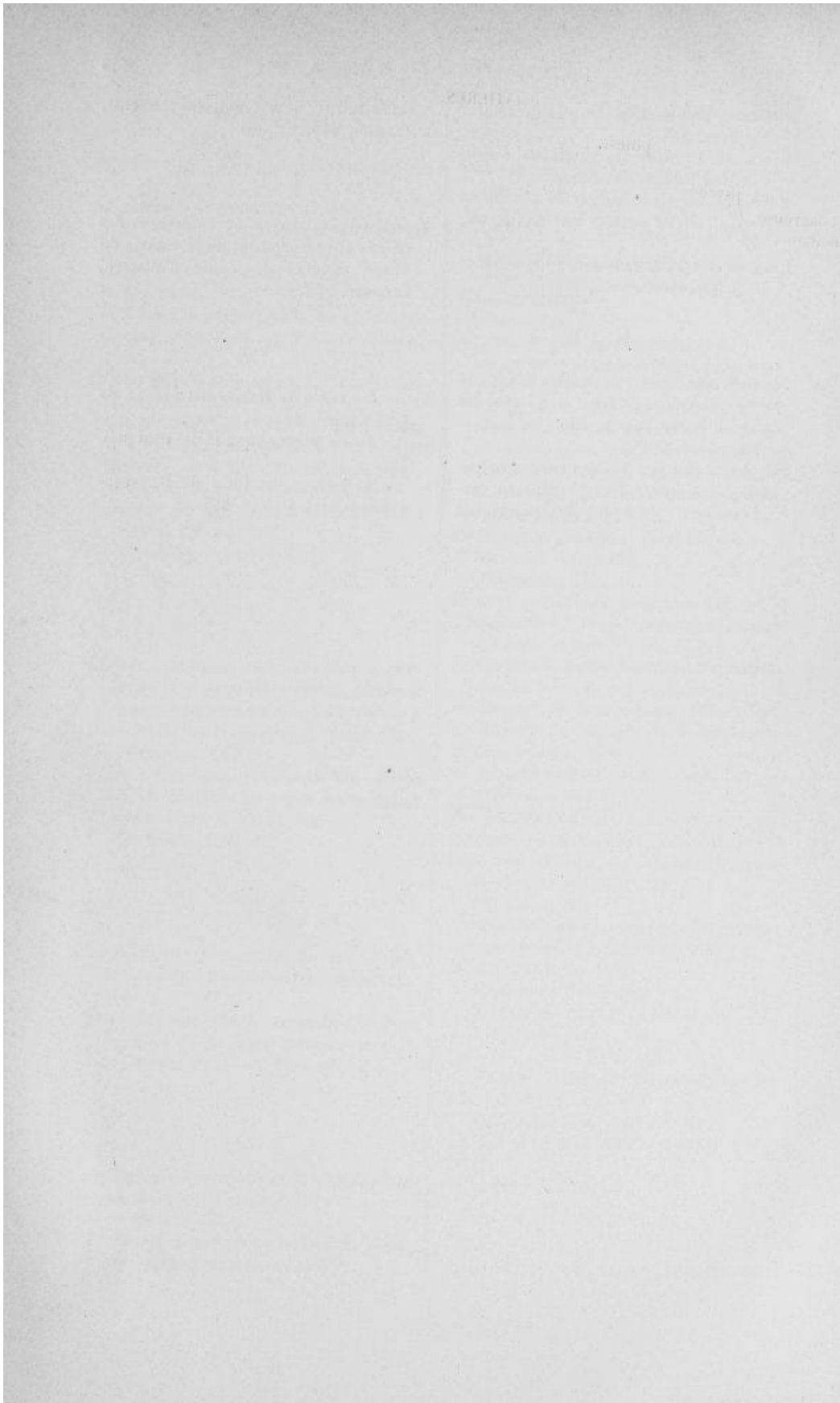
Travail comme moyen de traitement des aliénés et spécialement de la colonie du Verger, annexe de l'asile d'Auxerre, LAPOINTE, 548.

V

Visite des asiles de Maison-Blanche et de Ville-Évrard, 265.

— de l'asile Sainte-Anne (Asile clinique), 402.

— de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), DUPOIX, 567.



INDEX ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

de la Section de Psychiatrie.

A

ARDIN-DELTEIL, 588, 476.
ARNAUD (F.-L.), 242.
ATTHALIN, 270, 402.

B

BAJÉNOFF, 146, 276, 500, 501.
BALLE (Gilbert), 119, 219.
BEACH (Fletcher), 154, 500.
BENEDIKT, 119.
BÉRILLON, 474.
BLIN, 590, 522.
BONNIER, 265.
BOURNEVILLE, 167, 220, 234.
BRAESCO, 415.
BRIAND (Marcel), 401, 494, 528, 555.
BROSIUS, 409.
BRUNET (Daniel), 508.
BUFFET, 409.

C

CABRED, 594.
CHÉRIOUX, 266.
CHÉROT, 406.
CHRISTIAN, 115.
CLARK BELL, 409.
CULLERRE, 100.

D

DAGONET (J.), 405.
DEPÉRON, 555.
DOUBREBENTE, 401, 415, 417, 500, 528,
548.
DUPAIN, 567.

F

FAURE (Maurice), 257, 262, 525.
FEBVRE, 266.

G

GARNIER (Paul), 2, 414, 450, 468.
GIRAUD, 486, 501, 555.
GOMBAULT, 220.
GREIDENBERG, 146.

H

HARTENBERG (Paul), 472, 501.
HASKOVEC (Lad.), 121.
HJESTRÖM, 408.
HUGHES (H.), 152, 245, 246.

J

JOFFROY, 10, 220, 227, 402, 408.
JONG (Arie de), 409.

K

KÉRAVAL, 417, 501.
KOCH (Erich), 244.
KORSAKOFF, 276.
KRAFFT-EBING (DE), 318.

L

LALANNE, 146, 227, 250.
LAPOINTE, 548.
LEGRAIN, 265, 266.
LE ROUX, 268, 411.

M

MABILLE, 417.
 MAGNAN, 1, 2, 115, 266, 269, 271, 401,
 402, 406, 417, 555, 565, 566.
 MAIRET, 588, 476.
 MARIE, 500, 528, 557.
 MARRO (Antonio), 51.
 MELLO-REIS, 269, 417.
 MESCHÉDE, 140, 408, 566.
 MIERZEJEWSKI, 148.
 MOREL (Jul.), 569, 410.
 MORIN-GOUSTIAUX, 266.

N

NEISSER (Clemens), 547, 401, 411, 415,
 417.

O

OBERSTEINER, 428.
 OBERTHÜR, 207.
 OLAH (Gustave d'), 555.

P

PARISOT (Pierre), 502.
 PHILIPPE (Cl.), 207.
 PICQUÉ, 402, 410, 482, 486.
 PONS, 110.

R

RÉGIS, 116, 151, 147, 220, 227, 255,
 262, 416, 467, 468, 490, 506.
 REGNARD (Albert), 407.
 REY, 528.
 RUTTI (Ant.), 2, 9, 271, 418, 565.

ROBINOVITCH (Mlle Louise), 541.
 ROUBINOVITCH, 511.

S

SERBSKY, 555.
 SHARZENSKI (Louis), 269.
 SHUTTLEWORTH (G.-S.), 154.
 SIBBALD (Sir John), 409, 499.
 SIMON, 590.
 STOZARWSKI, 270.
 SUTHERLAND (J.-F.), 468, 494, 500.

T

TAGUET, 265.
 TARNOWSKA (Mme), 269, 408.
 TATY (Th.), 565.
 TERRIEN, 246.
 THULIÉ, 269.
 TOKARSKY, 118, 409, 415.
 TOULOUSE, 219, 220, 262, 490, 500, 501.
 TRENEL, 118.
 TRÈVES (M^{te}co), 255.
 TSCHISCH, 145, 146, 401.

V

VALLON, 486, 490.
 VLAVIANOS, 511.
 VOGT (Oscar), 155.

W

WAHL, 146, 486.

Z

ZIEHEN (Th.), 40, 50.

TABLE DES MATIÈRES
de la Section de Psychiatrie.

<i>Séance du vendredi matin, 5 août.</i>	1
SOMMAIRE. — Nomination du Bureau : MM. MAGNAN, PAUL GARNIER, RITTI. — Discours de M. MAGNAN, président de la Section. — Correspondance et liste des délégués français et étrangers : M. RITTI. — Adresse de la Section de Neurologie. Réponse de la Section de Psychiatrie : M. JOFFROY. — 1 ^{re} Question. Pathologie mentale : Les psychoses de la puberté. Rapports de MM. Th. ZIEHEN (Utrecht), Ant. MARRO (Turin), J. VOISIN (Paris). — Pronostic éloigné des psychoses de la puberté, par M. A. CULLERRE. — Statistique des psychoses de la puberté à l'asile des aliénés de Bordeaux, par M. POISS.	
<i>Séance du vendredi soir 5 août.</i>	116
SOMMAIRE. — A propos du procès-verbal : M. CHRISTIAN. — Les psychoses de la puberté (<i>suite</i>). Discussion : MM. RÉGIS, MABILLE, TOKARSKY, TRENEL, BENEDIKT, GILBERT BALLEET. — Communications diverses : Contribution à la connaissance des idées obsédantes, par M. Ladislav HASKOVEC. Discussion : M. RÉGIS. — Nature et évolution de la folie du doute, par M. HUGHES. — Sur la genèse et la nature de l'hystérie, par M. Oscar VOGT. — De la paranoïa périodique, par M. le prof. MESCHÉDE. — La vraie cause de la paralysie générale, par M. le prof. Vladimir TSCHISCH. Discussion : MM. BAJÉNOFF, WAHL, LALANNE, TSCHISCH, RÉGIS.	
<i>Séance du samedi matin, 4 août.</i>	148
SOMMAIRE. — 2 ^e Question. Anatomie pathologique. De l'anatomie pathologique de l'idiotie. Rapports de MM. MIERZEJEWSKI (Russie), SHUTTLEWORTH et Fletcher BEACH (Angleterre), BOURNEVILLE (Paris). — Contribution à l'étude de l'histologie pathologique de l'idiotie, par MM. Cl. PHILIPPE et J. OBERTHUR. Discussion : MM. TOULOUSE, Gilbert BALLEET, BOURNEVILLE, RÉGIS. — Communications diverses : Paralysie générale progressive chez un sujet ayant présenté dix-huit ans auparavant du délire de persécution. Analgésies cutanée et viscérales profondes. Autopsie : intégrité de la moelle, par MM. JOFFROY et GOMBAULT. Discussion : MM. LALANNE, JOFFROY. — Origine onirique de certains délires dans la paralysie générale, par MM. RÉGIS et LALANNE. — Des fractures spontanées dans la paralysie générale, par M. LALANNE. Discussion : M. RÉGIS.	
<i>Séance du samedi soir, 4 août.</i>	254
SOMMAIRE. — Nouvelle contribution à l'étude de la microcéphalie et, en particulier, traitement médico-pédagogique des idiots microcéphales (avec présentation de malades), par M. BOURNEVILLE. — Sur la période terminale de la paralysie générale et sur la mort des paralytiques généraux, par M. Fr.-L.	

ARNAUD. — Le dormiol, hypnotique puissant, non toxique, par M. ERICH KOCH. — Présentation d'un hémisphère cérébral en trente-sept coupes, monté pour la démonstration et la description clinique dans les autopsies des malades du cerveau, par M. HUGHES. — Présentation d'un esthésiomètre perfectionné en platine, avec les pointes de distance de Weber, etc., gravées en décimales et à l'échelle anglaise, par M. HUGHES. — Un cas d'empoisonnement par la strychnine par erreur d'un pharmacien. Manifestations physiques et psychiques consécutives à cet empoisonnement, par M. TERBIEN. — Du phénomène de la striation transversale des ongles et de l'activité de régénération du tissu corné chez les aliénés, par M. MARCO TRÈVES. Discussion : M. RÉGIS. — Sur la physiologie et la progression de certaines lésions cellulaires corticales accompagnant les accidents mentaux des maladies cérébrales, par M. MAURICE FAURE. Discussion : MM. RÉGIS, TOULOUSE, MAURICE FAURE.

Visite des asiles de Maison-Blanche et de Ville-Evrard, le dimanche 5 août. 265

Séance du lundi matin, 6 août. 271

SOMMAIRE. — Éloge du professeur Korsakoff, par Ant. RITTI; M. BAJÉNOFF. — 5^e question. Thérapeutique : De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie et des modifications qu'il pourrait entraîner dans l'organisation des établissements consacrés aux aliénés. Rapport de M. KORSAKOFF (Moscou); résumé, par M. SERBSKY (Moscou) — Rapports de MM. CLEMENS NEISSER (Leubus); J. MOREL (Mons). — L'alitement en aliénation mentale, par MM. MAIRET et ARDIN-DELTEIL. — L'Open-Door et le traitement au lit dans la République Argentine, par M. D. CABRED. — Discussion : MM. DOUTREBENTE, CLEMENS NEISSER, MARCEL BRIAND, TSCHISCH, MAGNAN.

Visite de l'asile Sainte-Anne (Asile clinique), le mardi 7 août. 402

Séance du mercredi matin, 8 août. 415

SOMMAIRE. — De l'alitement (repos au lit) dans le traitement des formes aiguës de la folie (*suite*) : Le repos au lit dans les psychoses aiguës d'origine pella-greuse, par M. BRAESCO. — Alitement et traitement moral, par M. PAUL GARNIER. — Discussion : MM. TOKARSKY, RÉGIS, CLEMENS NEISSER, DOUTREBENTE, MELLO-REIS, KÉRAVAL, MAGNAN, RITTI. Vote d'un vœu. — 4^e question. Médecine légale : Les perversions sexuelles, obsédantes et impulsives au point de vue médico-légal : Rapport de M. VON KRAFFT-EBING (Vienne); résumé par M. OBERSTEINER (Vienne). — Rapport de M. PAUL GARNIER (Paris). — Discussion : MM. RÉGIS, PAUL GARNIER. — La prostate dans ses rapports avec les perversions sexuelles, par M. J.-F. SUTHERLAND. — Communications diverses : Une méthode de traitement de certaines phobies, par M. P. HARTENBERG. — De la suggestion hypnotique et de la psychothérapie dans le traitement de la morphinomanie, par M. BÉRILLON.

Séance du mercredi soir 8 août. 476

SOMMAIRE. — Traitement de la masturbation par l'hyoscine, par MM. MAIRET et ARDIN-DELTEIL. — Rôle du chirurgien dans les asiles d'aliénés, par M. LUCIEN PICQUÉ. Discussion : MM. GIRAUD, PICQUÉ. — La famille des paralytiques généraux, par MM. C. VALLON et M. WAHL. Discussion : MM. RÉGIS, TOULOUSE, VALLON. — Note sur un campylogramme crânien, par MM. BLIN et SIMON. Discussion : M. MARCEL BRIAND. — Le placement familial des aliénés. Le système écossais, par M. J.-F. SUTHERLAND. Discussion : Sir JOHN SIBBALD, MM. FLETCHER BEACH, MARIE, BAJÉNOFF, SUTHERLAND, DOUTREBENTE, TOULOUSE, GIRAUD, KÉRAVAL. — Les formes pathologiques de la rougeur émotive, par M. P. HAR-

TENBERG. — Des hallucinations visuelles complémentaires chez les amputés, par M. Pierre PARISOT. — Note sur le délire consécutif aux brûlures, par M. E. RÉGIS. — De l'idiotie morale et de sa fréquence dans la descendance des aliénés, par M. Daniel BRUNET.

Séance du jeudi matin, 9 août. 511

SOMMAIRE. — Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la confusion mentale (avec projection de préparations histologiques et microphotographies de ces préparations), par MM. ROUBINOVITCH et VLAVIANOS. — Contribution à l'étude de l'hérédité dans les états mentaux de l'enfant, par M. BLIN. — Fréquence des lésions hépatiques dans les cas de délire au cours des maladies infectieuses, par M. Maurice FAURE. Discussion : MM. DOUTREBENTE, BRIAND, REY. — De l'isolement des tuberculeux dans les asiles d'aliénés, par M. MARIE. Discussion : MM. GIRAUD, BRIAND, MARIE. Vote d'un vœu. — Passage entre la vie ordinaire et la maison d'aliénés, par M. Gustave d'OLAH. — Rapport entre la criminalité des enfants et l'alcoolisme des parents, par Mlle Louise ROBINOVITCH. — Des conditions d'avancement du personnel administratif des asiles d'aliénés, par M. DOUTREBENTE. — Du travail comme moyen de traitement des aliénés et spécialement de la colonie du Verger, annexe de l'asile d'Auxerre, par M. LAPOINTE. — Des colonies d'aliénés, par M. DEPÉRON. — De la responsabilité dans les cas de placement familial ou en section ouverte, par M. MARIE. — Rage des rues : lésions de la moelle cervicale. Présentation de photographies, par M. Th. TATY. — Clôture du Congrès : MM. MAGNAN, RITTI, MESCHÉDE.

Visite de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher), 10 août. 567

Index analytique des matières. 571

Index alphabétique des auteurs. 575

