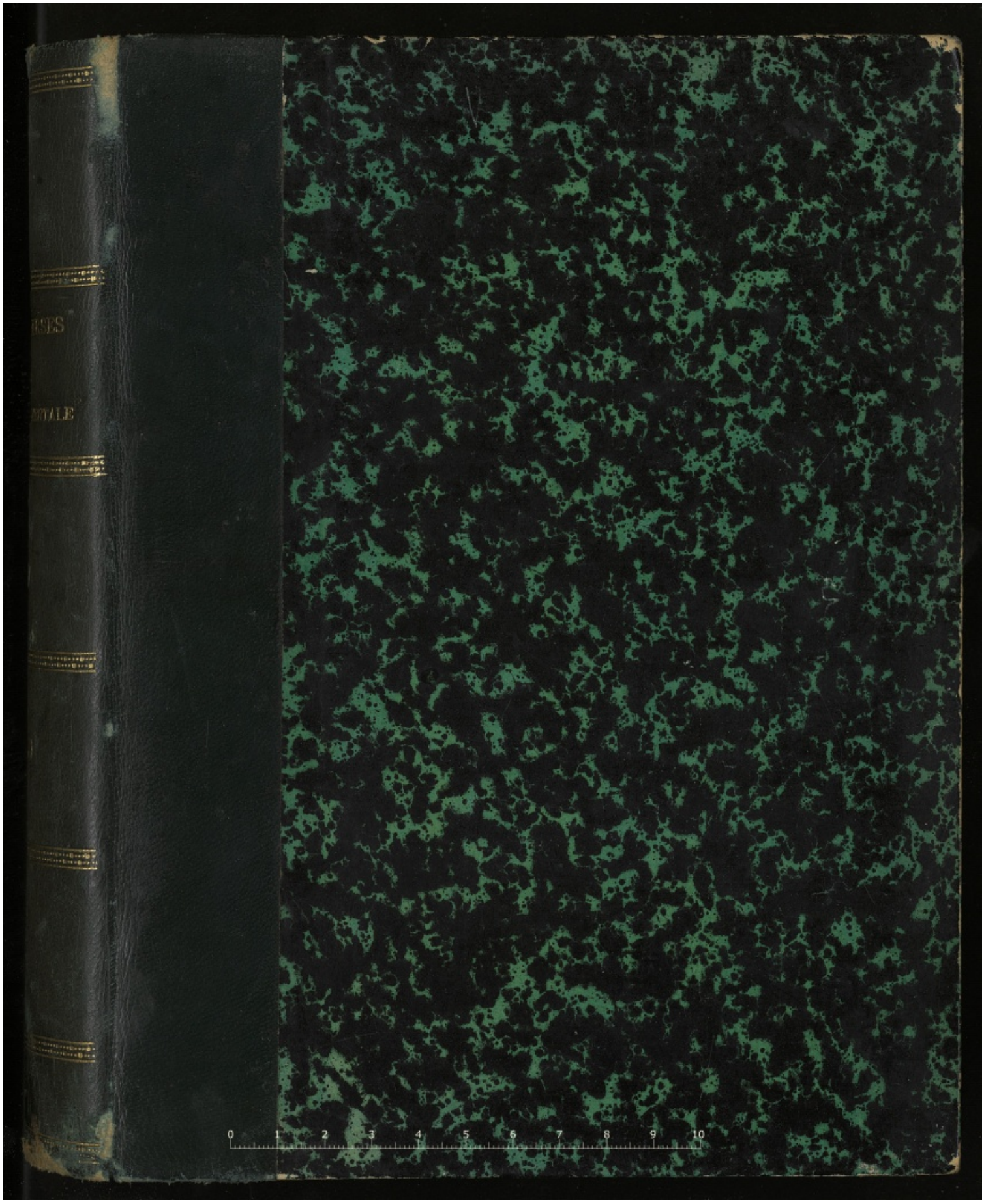
Bibliothèque numérique
medic@

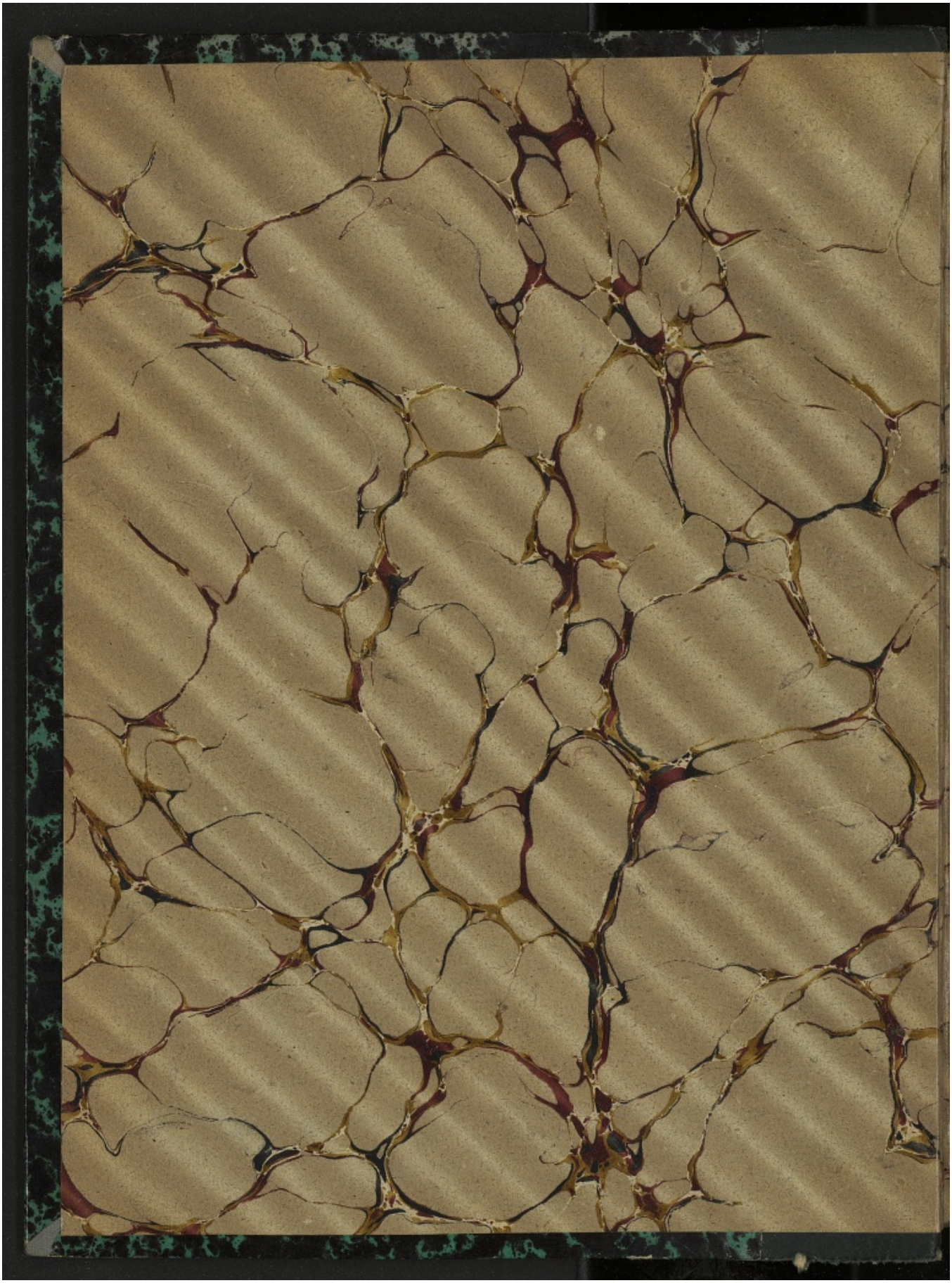
Falret, Jean-Pierre. - Notes diverses sur l'aliénation mentale

1884-1890.

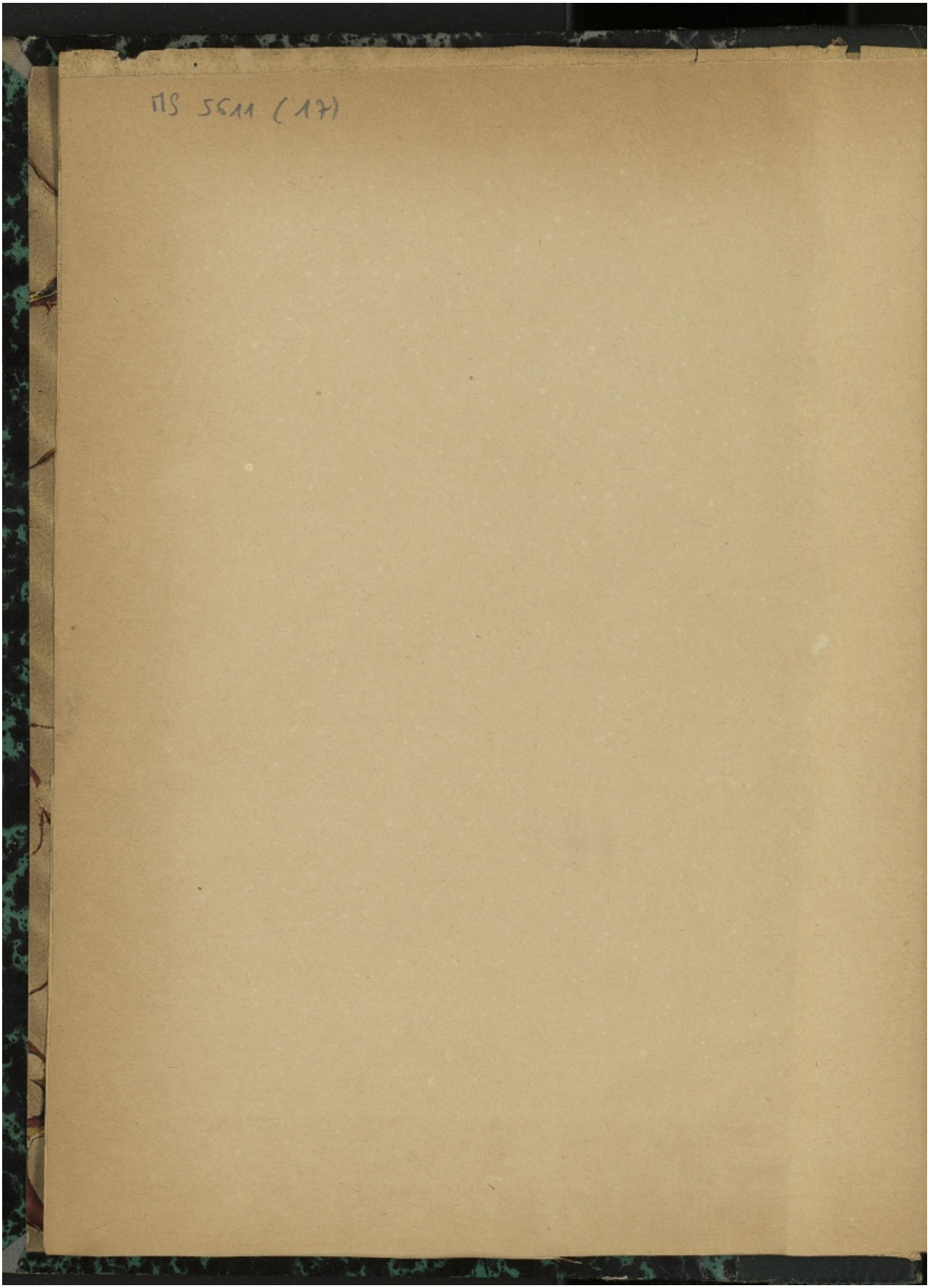
PARIS biu Santé

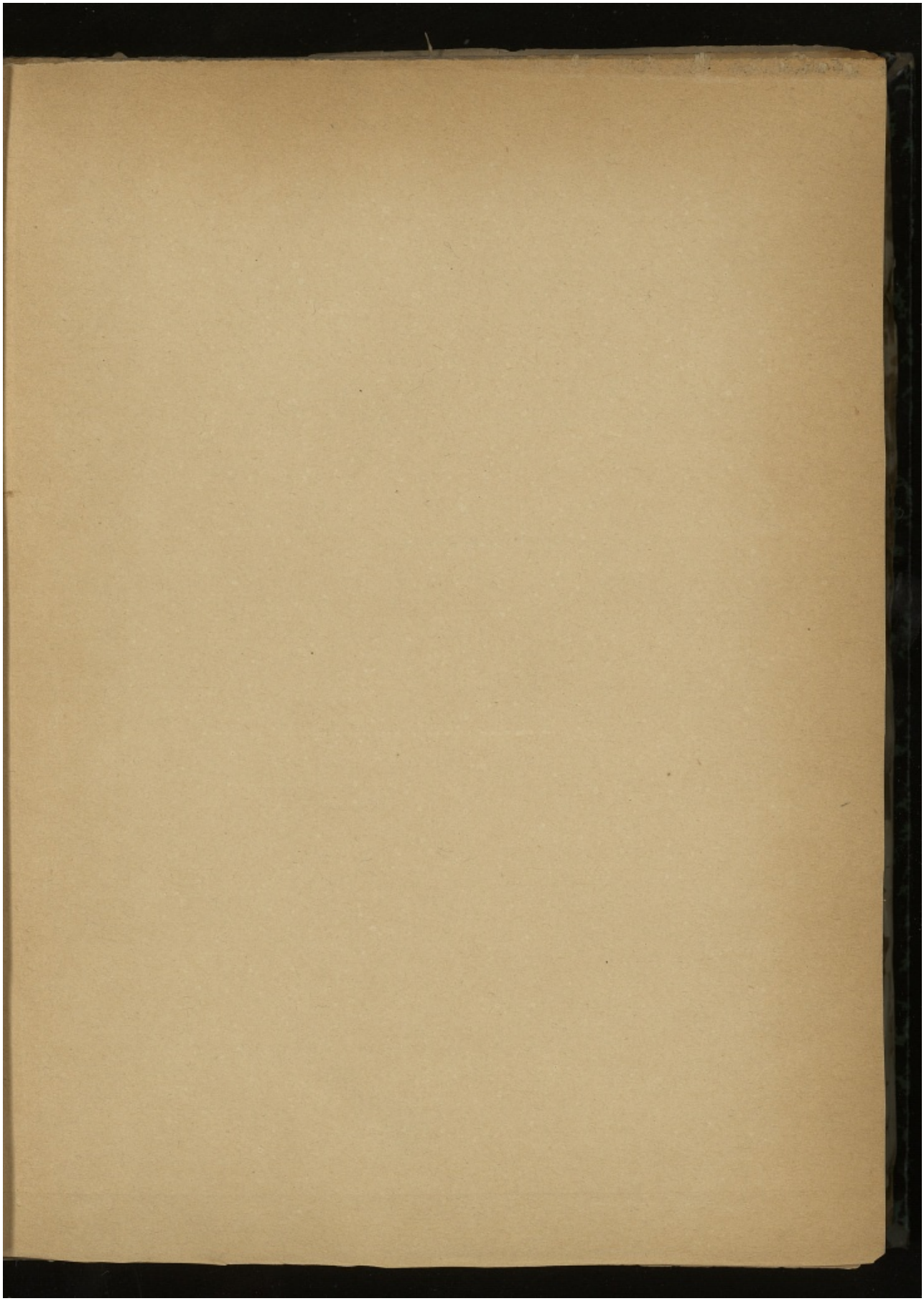
Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?ms05611x17

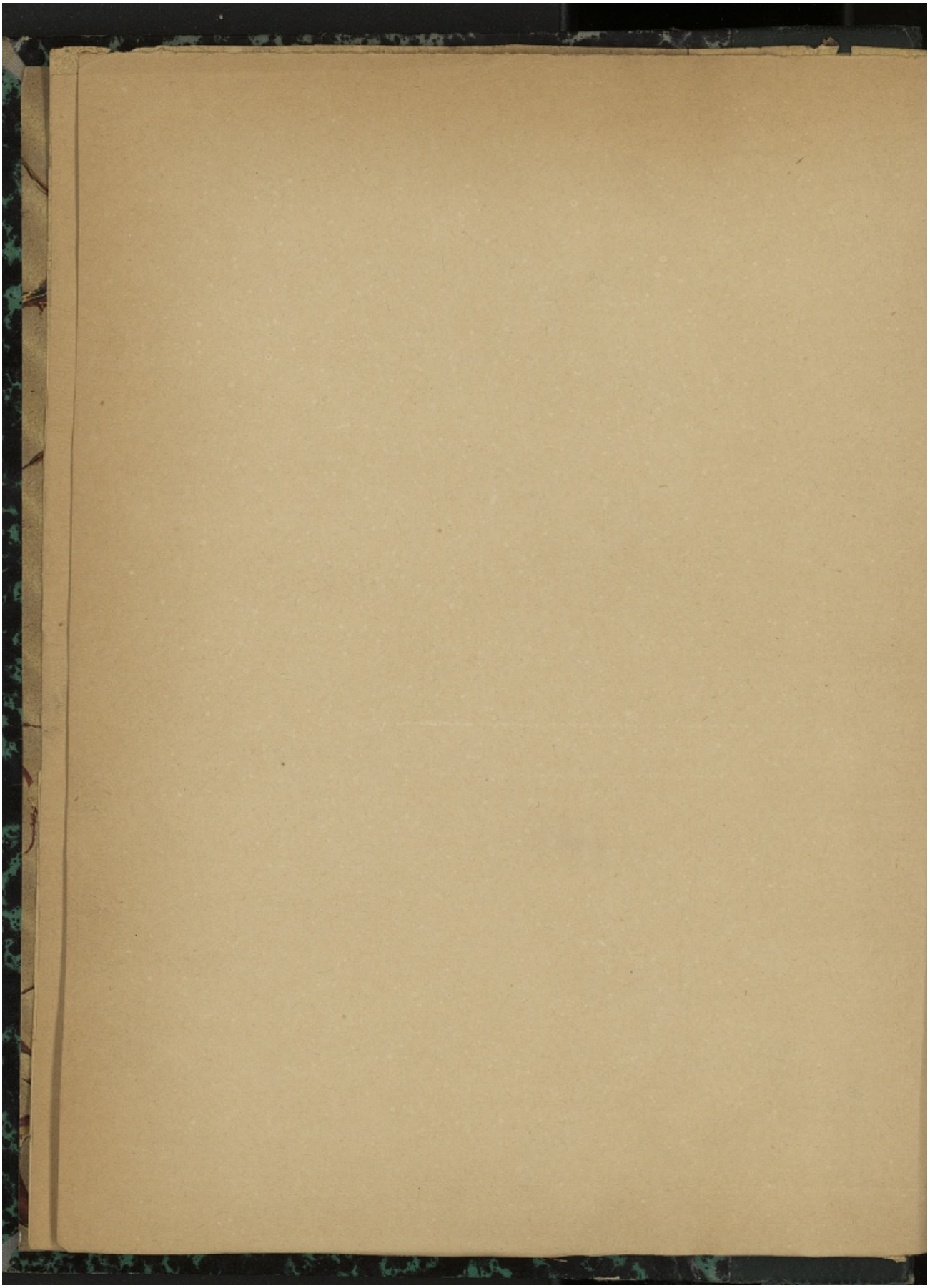







MS 5611 (17)





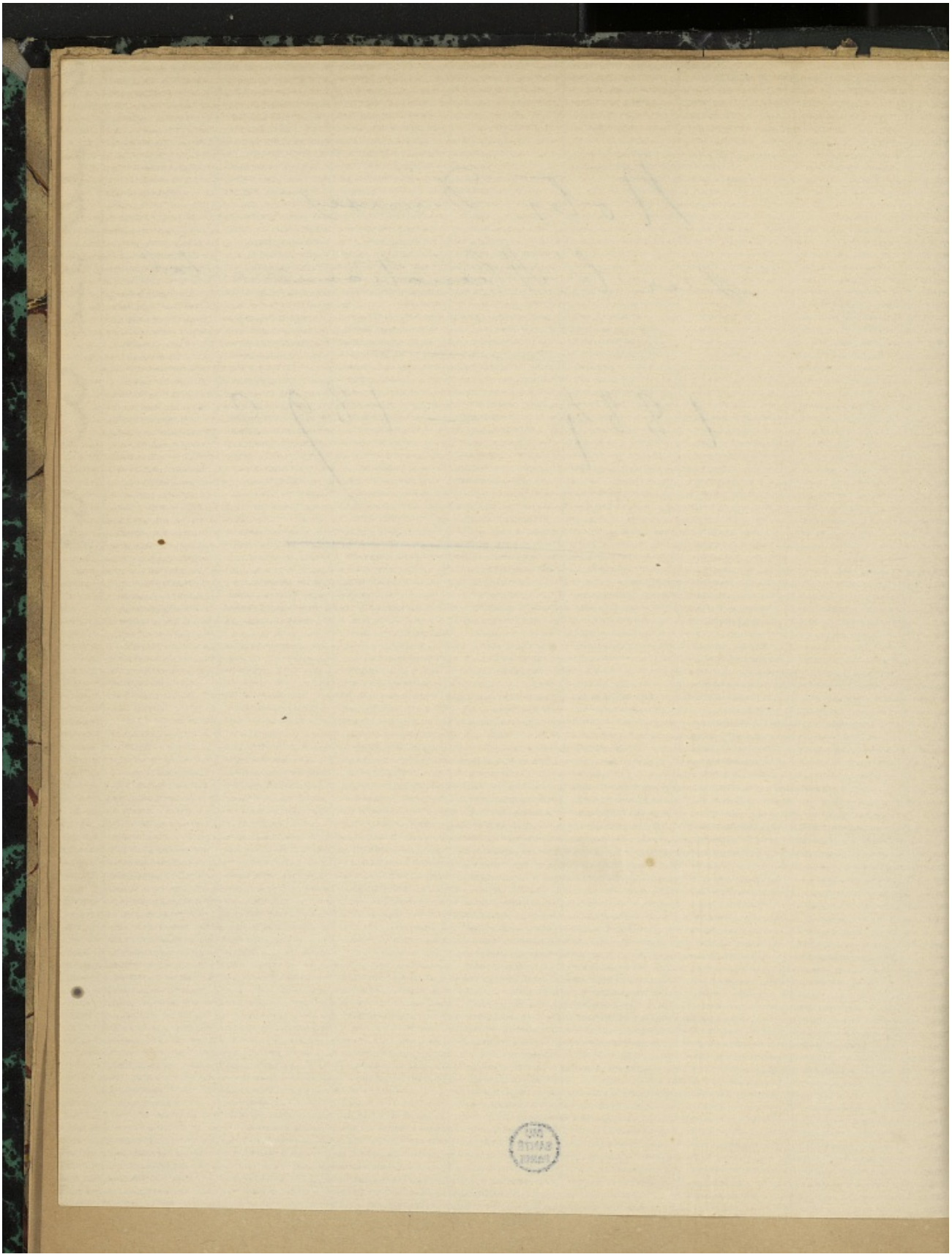
MS 5611 (17)

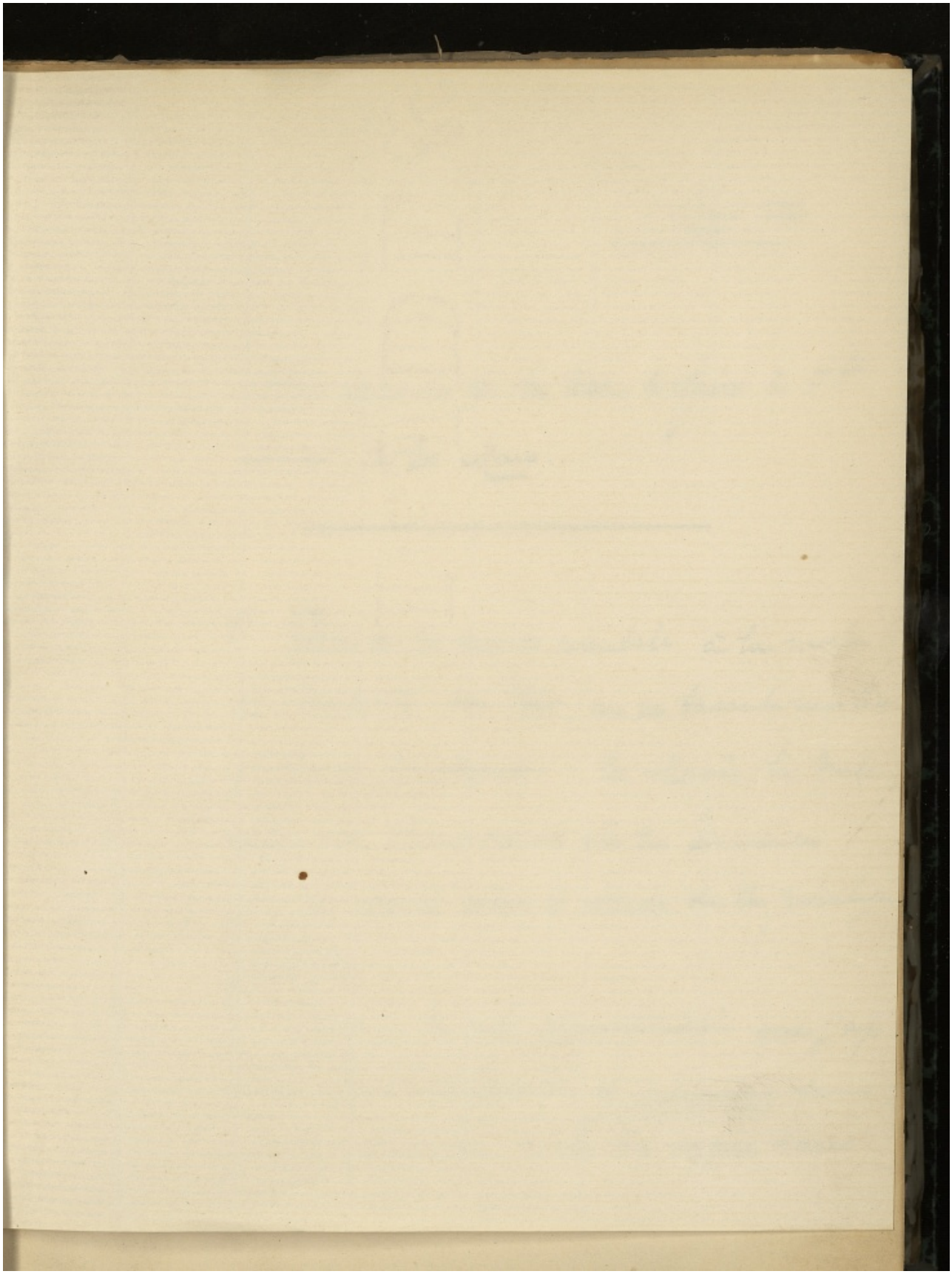
Notes Diverses
sur l'Aliénation mentale.

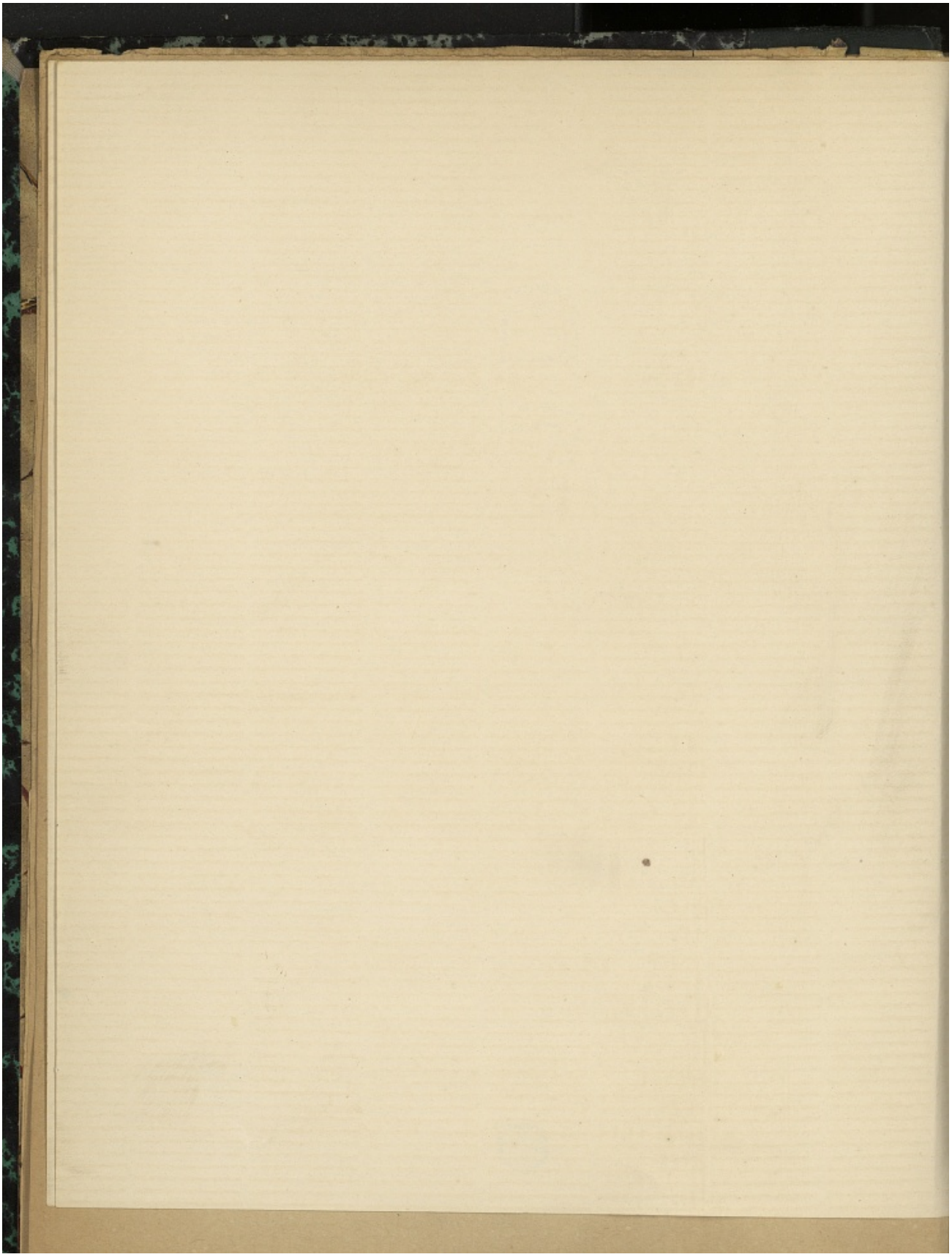
1884 — 1890.

2895

BIU SANTÉ PARIS







MS 5611 (17)

19 Mars 1884.

Plan général de la leçon à faire à Ste Anne, le 20 Mars.

1° Etat de la science mentale à la mort d'Esquirol, en 1840, en se basant sur les 4 formes principales : la Manie, la Mélancolie, la Monomanie et la Démence. Ce qui était alors l'étude de la paralysie générale.

2° Critique de cette classification que j'appelle une classification d'infirmiers sans étiologie spéciale, assez (beaucoup) de vague dans

dans la symptomatologie, et une absen
complète de pronostic possible puisqu
il n'y avait pas d'évolution prévu
des maladies. Or, dans l'étude de
la marche naturelle des maladies, il
n'y a pas de pronostic possible, ni de
description précise et conforme à la na.
ture clinique des espèces morbides. O
ces prétendues formes morbides ne son
pas des espèces vraies et naturelles m
des états symptomatiques artificiels sa
évolution possible à prévoir

C'est la classification provisoire des
Linées et des Tournefort et non la

la classification naturelle d'un Jussieu

Malgré ces défauts fondamentaux et essentiels, cette classification subsiste encore aujourd'hui en apparence, mais combien elle est démolie en réalité dans la pratique et déjà remplacée en fait par un classement tout différent dont on n'a pas conscience mais qui existe réellement dans la pratique des générations nouvelles.

L'édifice subiste dans sa façade mais tout l'intérieur du bâtiment est transformé, il n'attend que la main d'un dernier démolisseur pour apparaître tout entier à tous les yeux

comme un édifice absolument nouveau ne conservant même plus sa façade vieille et décrépite qui leur sert d'enseigne et de fausse décoration, comme un décors de théâtre!

La refonte complète du bâtiment s'est faite peu à peu derrière la toile, à l'insu des spectateurs par un travail latent et souterrain en quelque sorte et l'on n'attend plus que la main d'un nouveau machiniste pour lever la toile et faire apparaître à tous les yeux l'édifice nouveau qui se construit derrière la toile et qui est déjà à peu près achevé dans ses éléments principaux et n'attend plus

que quelques compléments secondaires pour être tout à fait complété et apparaître dans tout son éclat comme une construction nouvelle, ayant remplacé l'ancienne.

Seconde Partie.

C'est là qu'il faut maintenant demeurer dans la seconde partie de ce discours, en parcourant successivement les 4 formes principales de la classification régnante: Manie, Mélancolie, Monomanie et démence, en prouvant que toutes ces formes sont maintenant absolument détraquées et divisées en plusieurs catégories distinc-

tinctes et dispersées dans les formes nouvelles qui se sont peu à peu in. produites subrepticement dans la scie et qui ont agi peu à peu, comme de véritables dissolvants vis à vis des fo mes artificielles et provisoires de la classification actuelle.

Ces dissolvants ont été surtout au nombre de six:

1°. La Paralysie générale

2°. L'alcoolisme

3°. La Folie circulaire ou à double forme.

4°. Les folies héréditaires ou dégénéres cences, de Morel.

5°. Les délires émotifs ou avec conscie

6° Les folies épileptiques, hystériques, toxiques et traumatiques.

7° Montrer avec détails comment les 4 formes de la classification actuelle ont subi l'action actuelle ont subi l'action lente et successive de ces divers dissolvants, et se sont décomposées peu à peu en plusieurs espèces et variétés qui se sont séparées et ont été s'agglomérer autour de plusieurs centres nouveaux d'attraction qui se sont formés peu à peu et constituent en réalité, dès à présent, de nouvelles formes ou espèces plus naturelles qui se trouvent, dès à présent, constituées à l'état d'unités distinctes et dif-

Férendes, de la classification régnante

1°. La Manie est décomposée en 7 ou 8 espèces.

2°. La Mélancolie en 4 espèces principales. 1°, délire de persécution, 2°. Mélancolie anxieuse, 3°. Mélancolie avec stupeur ou dépression, et 4°. Mélancolie sans délire ou avec conscience. — Sans compter la mélancolie alcoolique, celle de la paralysie générale et celle des affections cérébrales organiques.

3°. La Monomanie des grandeurs est passée à la paralysie générale et à la dernière période du délire des persécutions.

Le délire partiel actif est passé à la paralysie générale et à la dernière période du délire des persécutions.

et les folies héréditaires raisonnantes qui n'aboutissent jamais à la démence, C'est à dire à un véritable affaiblissement intellectuel radical, à une oblitération complète des facultés intellectuelles qui, d'après Pinel et Esquirol constituait le caractère essentiel de la démence, soit primitive, soit consécutive.

Après cet examen successif et détaillé des quatre formes de la classification régnante qui ont été successivement dissociées et démolies par un travail latent et continue depuis quarante ans, arrivons à la dernière partie de la leur, c'est à dire au :

4° Résumé général ; Montrons que

la science est réellement changée et que dès aujourd'hui nous avons à étudier en médecine mentale =

1°. La Paralysie générale.

2°. L'alcoolisme aigu, subaigu et chronique.

3°. La Folie circulaire ou chronique à double forme.

4°. Quatre variétés de Mélancolies

5°. Les Folies héréditaires, ou raisonnant ou folies d'action, meurtre, vol, incendie, etc etc.

6°. Les folies émotives ou avec conscience

7°. Les folies épileptiques, hystériques, traumatiques, etc.

---

19 mars 84

1°. Lire avec attention mes 5 années de cours faits à l'école pratique

2°. id les leçons de Ball.

3°. id les ouvrages de M.r Lasègue.

4°. Le traité de Kraft Ebing

5°. Le traité de Clouston

6°. Le traité de Kraepelin

7°. L'ouvrage de Morel

8°. Les mémoires du prix Aubanel sur l'hérédité.

9°. Divers mémoires sur les folies émotives et les folies avec conscience

10°. Relire le livre de mon père, mon

discours sur les classifications et celui sur la folie raisonnante, ainsi que l'article responsabilité.

---

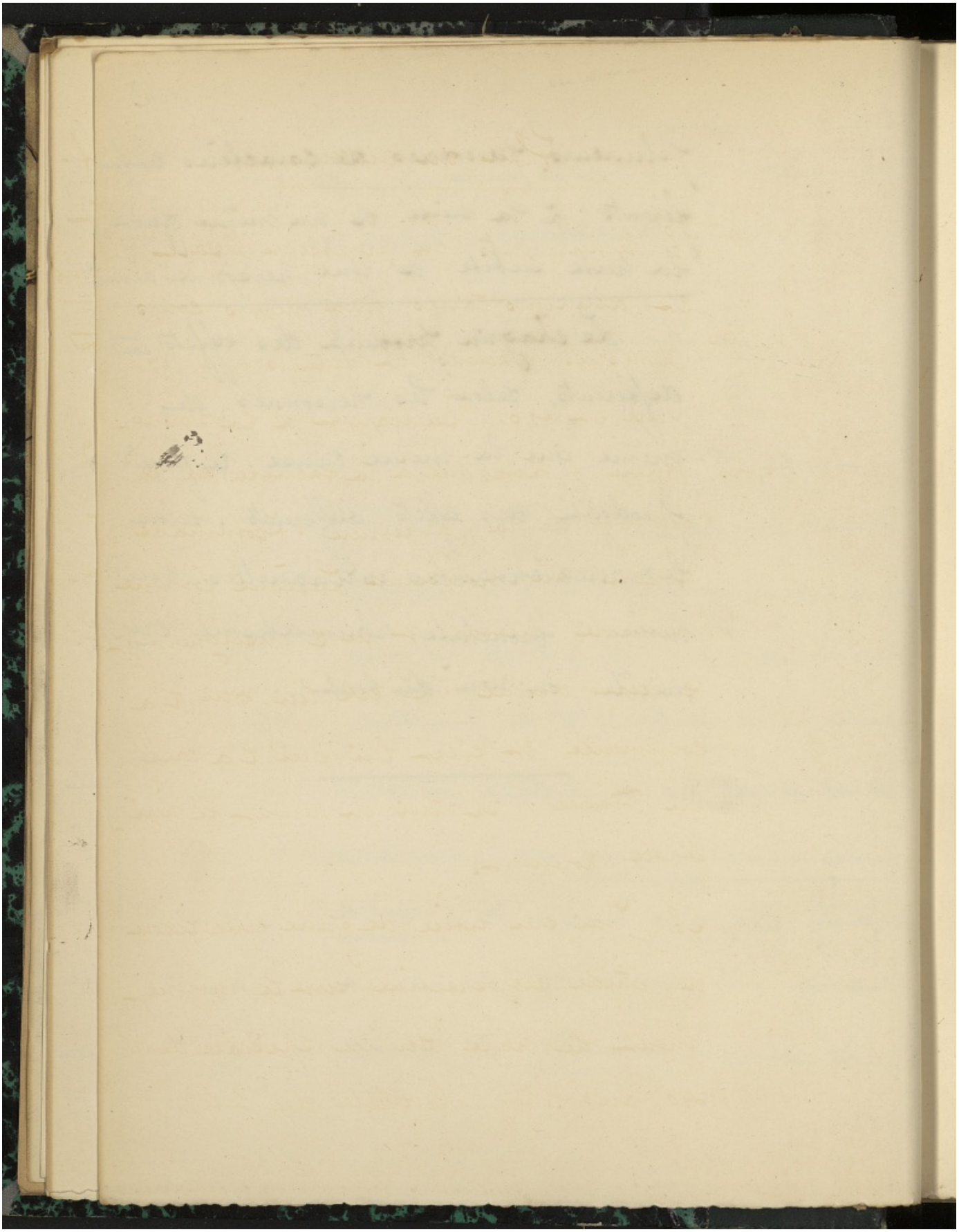
19 Février

Faire une note médicale et psychologique sur la situation mentale différente des dix personnes de caractère différents, à la suite d'une même émotion morale, d'un même fait matériel, la morsure par un chien enragé, de même que M. Lasègue a étudié plusieurs fois avec détails la situation mentale de

plusieurs personnes de caractères différents à la suite d'un même fait, la perte subite d'une personne aimée

---

Le chagrin produit des effets tout différents, selon les personnes, de même que la même cause, le froid produit des effets différents, selon les prédispositions individuelles (pneumonie, bronchite, rhumatisme, érysipèle, ou rien du tout.



Plan du discours.

1°: remerciements au professeur Ball et allusions faites aux divers cours cliniques anciens et actuels. Mon père et M. Baillarger à la Salpêtrière: Lasègue à la faculté et à ~~faculté~~ l'hospice de la Salpetrière. Hommage rendu au professeur Lasègue comme véritable initiateur de l'enseignement spécial officiel. C'est lui qui l'a commencé et c'est lui qui l'a créé en France. A lui en revient le véritable honneur!

2°: J'ai cru utile de faire une leçon d'étude rétrospective sur le mouvement de notre science spéciale depuis 40 ans. Il est utile de jeter

de temps en temps un regard en a
rière et un coup d'œil d'ensem
pour se rendre compte du chemin p
couru et des progrès accomplis.
Votre science spéciale semble unim
lisée et pourtant elle a marché
beaucoup plus qu'on ne le croit.
C'est ce qu'il convient de démont

Je me trouve placé, par naiss
et par situation, dans une condi
spéciale qui m'a permis d'assis
pas à pas à cette évolution len
et successive de la science depu
40 ans et je crois utile pour le
nouvelles générations de faire u
revue rétrospective, cette revue ra

cette espèce d'inventaire des progrès accomplis jusqu'à notre époque.

Trois hommes surtout pendant ce long intervalle de temps, ont agi plus que les autres sur mon existence scientifique et ont exercé sur mes idées et sur mon esprit une influence prépondérante. Mon père et ses deux élèves favoris, Morel et Lasègue. Je leur dois, à tous les trois, au début de cette leçon, un hommage public d'admiration et de reconnaissance et si la conférence que je vais faire présente quelque intérêt c'est à leurs leçons que je le devrai et c'est à eux que je dois en re-

porter tout le mérite.

1re Partie. Historique du mouvem
scientifique de notre science spéci
en France depuis 1792 jusqu'à
1840, ou impulsion donnée à la s
par Pinel et par Esquirol, imp
sion qui s'est communiquée à
leurs élèves qui dure encore auj
d'hui après trois générations.

2me Partie. Historique du mou
ment scientifique. Etat de la s
en 1840, c'est à dire à la mo
d'Esquirol. Résultats acquis d
la science et dans la pratiq
Dans la pratique grand mouv

philantropique manifesté, par les soins donnés aux aliénés en France dans toute l'Europe, par la création de nombreux établissements d'aliénés conformes aux idées de bienveillance et de philanthropie de nos mœurs et actions bienfaisante de la loi de 1838 qui a favorisé l'application générale de tous ces grands principes d'hygiène, de philanthropie et de traitement.

Dans la science, on peut signaler trois écoles : école anatomique, école psychologique et école somatique. — Détails historiques sur ces diverses tendances de la science.

L'école de Pinel et d'Esquirol

au point de vue scientifique peu
se résumer dans les quatre fo
de leur classification. Manie,
Mélancolie, Monomanie et Démen
Esquisse rapide des bases de cette
classification et critique et de
méthode artificielle. Je me résu
en disant: c'était l'infância
de l'art. Ce n'était pas une c
sification médicale, ni naturelle
puisqu'elle ne tenait compte n
de l'ensemble des symptômes ni
de l'évolution naturelle des ma
dies. C'était une classification
provisoire et artificielle reposant s
des caractères superficiels, sans

de marche et partant sans diagnostic et sans pronostic possible, ce qui (en dehors de la thérapeutique) est la base indispensable de toute théorie médicale. Ce n'était pas une classification médicale et scientifique mais un véritable classement d'infirmier, reposant sur des états symptomatiques, provisoires, (comme l'état fébrile, la dyspnée, l'état typhoïde) et non sur des espèces naturelles ayant des caractères communs, multiples et hiérarchisés et une évolution possible à prévoir.

3me Partie. Historique des modifications qui ont été apportées peu à peu à cette classification par

la marche naturelle des idées et la succession des temps. Le travail successif de démolition s'est fait peu à peu sans bruit, sans éclat mais n'en a été que plus sérieux et plus profond et l'on s'étonne aujourd'hui des différences si profondes et fondamentales que ce travail souterrain a produit à l'insu ceux mêmes qui y ont travaillé et des différences capitales qui séparent nos idées actuelles de celles qui régnaient en 1840.

Pour le démontrer il faut passer successivement en revue les points suivants :

1° La Paralysie générale : Faire son histoire rapide depuis l'origine jusqu'à nos jours :

1° Bayle, Calmeil, Foville, Parchappe

2° Requin, Landras, Brierre de Boismont, Duchenne de Boulogne, Baillarger, Lunier.

3° Cette maladie constituée à l'état d'unité morbide spéciale en 1822 et 1823, à l'époque du mémoire de Lunier ; des leçons de Baillarger, de ma thèse et de celle de Lasègue et de celle de Lasègue. Parchappe à la Société en 1859.

4° Nouvelle phase à laquelle nous assistons depuis 1860. On démolit peu à peu ce que l'on a édifié

on constate des faits nouveaux.

1°= Plus longue durée

2°= Remissions prolongées et p
que complètes

3°= Variétés nombreuses de m
non seulement au début, m
pendant tout le cours de la
ladie.

Tout cela conduit presque à détru
l'unité morbide, mais il ne faut
pas aller jusque là. Il faut cou
ver le type et faire des variétés,
profiter des progrès mais ne pa
détruire le travail de nos devanc

Baillarger admet deux pa
lysies générales : Lasègue pro

un genre avec plusieurs espèces. Moi, je crois à la conservation de l'espèce mais avec plusieurs variétés de marche qu'il convient de décrire séparément. En résumé : L'histoire de la Paralysie générale est à refaire.

Il faut faire pour les Sclérose cérébrales le même travail que pour les scleroses médullaires.

2° Alcoolisme, aigu, subaigu et chronique, second dissolvant introduit dans la pathologie mentale pour détruire la classification régnante Delirium tremens de de Sutton, Voyez Lancereaux etc. Alcoolisme subaigu de Lasègue : Ivresse de Magnan

et de beaucoup d'autres contemp
rains.

Les troubles intellectuels observés d
l'alcoolisme présentent les 4 vari
de la classification d'Esquirol : l
nie, Mélancolie, Monomanie et
Démence.

3.° Folie circulaire ou à double fo
historique et exposé rapide de cett
forme qui est la négation de la
classification régnante puisqu'e
réunit deux formes en une se

4.° Folies hystériques, épileptiq
et hypochondriaques qui ont des
caractères spéciaux et se détach
de plus en plus des formes adm

par Esquirol.

Epilepsie larvée.

5°. Délire de persécution détaché de la Mélancolie. Etude rapide de ce délire à ses diverses périodes comme forme distincte et spéciale.

6°. Etudes de Morel sur les dégénérescences et les Folies héréditaires entraînent des modifications profondes et tout à fait fondamentales dans l'étude des monomanies instinctives et des folies raisonnantes. C'est la découverte d'un nouveau d'un nouveau monde fécond en conséquences qui se dérouleront de plus en plus et modifieront peu à peu de plus en plus profondément

toute la pathologie mentale et qui déjà bouleversé toutes les monomanies instinctives et les folies raisonnantes

7.° Folies sympathiques ou en rapport avec diverses causes syphilitiques ~~tuberculeuses~~ toxiques ou liées à diverses maladies somatiques.

8.° Enfin, les cérébraux de Lasègue et les délires par accès qui sont un nouvel horizon ouvert sur les folies à courts accès et à répétition et surtout pour la médecine légale.

Résumé général. La science est donc, en réalité, absolument changée depuis 40 ans. De nouveaux hori-

ont été ouverts, des terrains non encore défrichés ont été abordés et font espérer d'abondantes moissons, un nouveau monde commence à se découvrir et à être entrevu à l'horizon de notre science et l'on commence à voir se dégager un certain nombre de formes et d'espèces nouvelles qui étaient entièrement inconnues de nos devanciers. Le vrai progrès est là! Découvrir de nouvelles espèces naturelles à la place des anciennes qui sont de plus en plus démolies et à l'état de dissolution. Un monde nouveau se crée et l'époque de transition et de transformation

à laquelle nous avons assisté et pendant laquelle il s'est fait un travail souterrain et latent considérable touche à sa fin. Un nouvel ordre de choses va surgir. Le vrai progrès n'est pas dans l'école anatomique qui n'a pas encore pu donner de grands résultats ; il n'est pas dans l'école psychologique qui a donné tout ce qu'elle pouvait donner, qui est stérile et pleine de mécomptes. Il n'est pas dans l'école somatique qui ne peut fournir que des éléments accessoires et secondaires dans la pathologie mentale. Il n'est pas dans l'école Etiologique abso-

qui est trop obscure pour pouvoir donner des résultats vraiment pratiques.
Le progrès est dans la méthode essentiellement clinique des espèces naturelles, basées sur un ensemble complexe de symptômes physiques et moraux et sur une marche possible à prévoir comme nous commençons déjà à en posséder plusieurs dans la pathologie mentale et à en apercevoir plus ou moins distinctement d'autres dans un avenir plus ou moins rapproché. Oui, il existe dans la pathologie mentale comme dans la pathologie naturelle de véritables espèces

morbides, susceptibles de description
et de classement comme dans les
autres maladies et comme les es
de l'histoire naturelle. Le vrai p
grès consiste à les rechercher, à
les décrire et à les séparer les un
des autres par des caractères vrai
cliniques. Nous en connaissons déj
plusieurs qui n'existaient pas e
1840 et qui étaient inconnues à
nos maîtres et à nos prédécesseurs
Donc, la science a marché depuis
40 ans, sans qu'on s'en aperçoive
et sans qu'on s'en doute.
La façade extérieure de l'édifice
est encore conservée et fait illu

complète sur les modifications profondes
qui ont été accomplies dans l'intérieur de l'édifice, peu à peu. Toutes
les cloisons intérieures, toutes les
séparations artificielles, tous les détails intérieurs de l'aménagement
et de la distribution des appartements
et des étages ont été détruits de
fond en comble et l'on voit apparaître déjà dans l'intérieur de nouvelles distributions, de nouveaux
aménagements, qui viennent peu à
peu remplacer les anciens, au milieu
du chaos et de la confusion générale
des démolitions successives. On
n'attend plus qu'un nouvel

architecte qui fasse sortir de ce chao
un nouvel édifice autrement distr
bué et autrement ordonné et q
avoir réorganisé l'intérieur de l'é
fice, enfin qui démolisse la faça
pour en faire apparaître peu à p
derrière la toile. Nous en sommes
encore à l'époque des Tournefort
des Linnées et nous attendons u
Jussieu !

Historique de la Médecine mentale en France, depuis 1792 jusqu'à 1840

Les anciens et les médecins du 18me siècle, s'étaient occupés de la Folie dans leurs traités généraux de la Pathologie mais un grand mouvement s'est produit en faveur des aliénés vers la fin du 18me siècle et a eu pour principaux représentants deux hommes illustres qui ont été les maîtres de toutes les générations qui se sont succédés jusqu'à nos jours, Pinel et Esquirol.

Le mouvement a eu un double caractère philantropique et scientifique.

Le mouvement philantropique a été

le représentant de son époque. Il a
appliqué aux aliénés les principes d
droit de l'homme et de la dignité
humaine : il a élevé les aliénés à
la dignité de malades et à rétabl
cette dignité dans la personne des
nés. Il a commencé par briser les
chaînes et a appliqué à ces malad
les principes de la bienveillance,
la douceur. Ce mouvement une fo
commencé ne s'est pas arrêté et
suivi son cours, non seulement en
France mais dans toute l'Europ
et dans tout l'univers. Esquiro
1er élève de Pinel a suivi son exp

sion et l'a propagée ainsi que toute la génération des élèves qui ont suivi le mouvement scientifique n'a pas été moins important que le mouvement philanthropique.

Ce mouvement peut-être ramené à plusieurs principes généraux.

1°. Négation de la valeur des lésions anatomiques du cerveau dans l'étude de la Folie.

2°. Prédominance accordée à l'étude de la psychologie et des facultés lésées. Influence de Locke, de Condillac, de Laromiguière et plus tard de l'Ecole écossaise: Folies de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté

Etudes des lésions de la mémoire, d
l'attention, du jugement, de l'a
sociation des idées, etc etc.
2°. Adoption de la classification
des anciens, mais en y superpo
le classement par facultés : La
manie élèvent la maladie de l'i
telligence, la mélancolie celle de
la sensibilité et la manie sans
délire celle de la volonté. Esquirol
y ajoute la monomanie qui des
la folie des facultés lésées isolém
et en particulier des lésions des
penchants et des instincts.
4°. Traitement moral predominan
Influence des émotions vives et

et du raisonnement pour la guérison des idées fausses. Isolement et asile d'aliénés comme mesure thérapeutique essentielles et dominant toutes les autres.

Tels sont les principes qui dominent dans les écrits de Pinel et d'Esquirol qu'ils ont communiqués à leurs élèves et qui ont agi successivement sur plusieurs générations et qui dominent encore la science actuelle malgré les diversités secondaires survenues depuis cette époque.

Mouvement de la science
chez les élèves de Pinel et d'Esquir
depuis 1816 jusqu'à 1840.

Les élèves de Pinel et d'Esquirol on
suivi très docilement en général le
mouvement imprimé par leurs mai
au point de vue des principes généra
de la médecine mentale, au point
de vue de l'influence prédominante
des causes morales, au point de
vue de la classification qui a été
généralement acceptée, sauf de leg
variantes et qui, chose étonnante, a
résisté à trois générations succes
sives d'élèves, et enfin au point

de vue du traitement moral des asiles d'aliénés et de l'isolement. C'est une petite Eglise qui a ses pontifes, ses dogmes, ses adeptes fanatiques, ses néophytes et ses hérétiques et qui est intolérante et exclusive hors de la grille il n'y a pas de salut et qui excommunie encore aujourd'hui tous les dissidents comme hérétiques, incapables, ignorants ou excentriques. Il n'est pas permis aujourd'hui d'élever autel contre autel et de réagir contre ces doctrines dogmatiques qui ont force de loi et contre lesquelles l'insurrection est considérée comme une sorte

de sacrifège (Nous dirons, nous : R
jectons nos maîtres, reconnaissons
leur mérite et l'importance des ré
formes qu'ils ont accomplies dans
la philanthropie et la science, mais
ne nous immobilisons pas dans
la contemplation de leurs œuvres
comme devant une arche sainte
à laquelle il n'est pas permis de
toucher et n'croyons pas tout
progrès par ce fétichisme d'un
autre âge qui arrête la science
sous prétexte d'un culte exa
géré pour les Idoles. Conservons
leurs statues mais cessons de
les placer sur un piédestal qui

n'est pas permis de renverser).
Sur un seul point les élèves de Pinel et de Esquirol ont fait infraction à la doctrine de leurs maitres et ont suivi une route distincte et séparée; C'est au point de vue de l'importance plus grande accordée par eux aux lésions anatomiques du cerveau comme causes et symptômes organiques des maladies mentales. Sous l'influence de Gall et de Broussais, ils ont suivi le mouvement anatomique de cette époque et ont fait faire sous ce rapport un pas important à la science. C'était en 1816, à la Salpétrière, après l'invasion étrangère. Le typhus régnait dans

dans cet hospice, de jeunes hommes qui plus tard, devaient devenir des hommes, disciples de Pinel et d'Esquirol préludaient à leurs études médicales générales par des études anatomiques sur le cerveau. Rostan paraît son livre sur le ramollissement cérébral : autour de lui se groupaient des élèves de Pinel et d'Esquirol qui suivaient la même voie anatomique Calmeil, Georget, Falret, Voisin, Foville, Delaye, etc. et ce mouvement nouveau de la science est sorti la plus grande conquête de la médecine mentale au 19me siècle, la découverte de la paralysie générale

dont nous parlerons tout à l'heure.
C'est à Charenton surtout qu'eurent lieu les premières observations sur cette maladie nouvelle. Royer Collard l'a signalée à ses élèves et Bayle, Calmeil, Delaye, etc ont fait des travaux remarquables qui ont fixé désormais la science relativement à cette maladie. Plus tard, Foville et Parchappe ont perfectionné l'étude anatomique et Esquirol lui-même suivant par contre-coup le mouvement imprimé par ses élèves est entré dans la même voie et a fait entrer la paralysie générale dans le cercle de ses études et l'a lui

même enseignée aux nouvelles générations. Il l'avait à peine signalée en 1816 à côté de la phthisie et du scorbut et il l'a fait figurer dans son livre en 1838, comme complication terminative possible de la manie, de la monomanie, d'orgueil, de la démence et même de toutes les folies, mais non comme forme distincte et spéciale.

Indications rapides sur les trois Ecoles qui ont régné en médecine mentale depuis 1816, Jusqu'en 1840 : Ecole anatomique cérébrale, Ecole psychologique et Ecole somatique allemande.

Trois écoles principales se sont partagé la science, dans ce siècle et ont dominé la médecine mentale, soit en France, soit à l'étranger.

1° Ecole anatomique cérébrale. A la suite de Broussais et de Gall, les médecins français, même parmi les élèves directs de Pinel et d'Esquirol, ont proclamé depuis

1876 que le cerveau était le seul
organe affecté dans les maladies
mentales, que les lésions des autres
organes dans la folie étaient abso-
ment sans importance et pouvaient
tout au plus à titre de complica-
tions ou de maladies incidentes,
qu'ils n'existaient pas de folies sy
pathiques. Ils ont recherché les ca
organiques de la folie dans les lés
principalement inflammatoires et
congestives du cerveau et de s
membranes constatées à l'autopsi
chez les aliénés; les recherches ana
tomiques-pathologiques ont été

poursuivies avec persévérance et avec ardeur pendant une vingtaine d'années environ par des hommes éminents tels que Rostan, Calmeil, Bayle, Georget, Delaye, Foville, Parchappe et ont produit des résultats importants dans l'étude organique des diverses variétés de la Folie. Elles ont produit un résultat considérable et acquis désormais à la science, c'est à dire la découverte d'une forme principale de maladie mentale la paralysie générale, la plus grande conquête de notre siècle dans la pathologie mentale. Mais en dehors

de cette forme particulière de la folie, le résultat des études ana tomiques sur le cerveau, même d puis que le microscope est venu ajouter des découvertes à celles q l'on avait pu faire auparavant avec les recherches microscopiques à l'œil nu, n'ont pas donné tou ce qu'on en espérait. On est arr à constater qu'il existait tou des lésions anatomiques, hyperé inflammatoires, atrophiques, ou sclérotiques, dans le cerveau des aliénés de toutes les catégorie et surtout chez les aliénés c niques mais on n'a pas pu

Jusqu'à présent, trouver des lésions qui n'existeraient que chez les aliénés, ni mettre la variété des lésions trouvées à l'autopsie avec la diversité des symptômes observés pendant la vie. En un mot, on n'a pas pu encore établir une relation étroite entre les lésions trouvées dans le cerveau et chacune des formes de maladies mentales. Malgré les progrès des localisations cérébrales, surtout dans ces dernières années, on ne peut donc pas encore faire reposer le classement des formes de la folie sur une base anatomique scientifiquement exposée établie.

2e Ecole psychologique. — Après avoir cherché à faire reposer l'étude des maladies mentales et de leurs diverses espèces sur l'anatomie pathologique d'autres auteurs en France et à l'étranger (surtout en Allemagne) ont cherché à s'appuyer sur la psychologie normale et sur les divisions arbitraires des facultés mentales admises par les diverses écoles philosophiques et psychologiques. Beaucoup d'auteurs se sont consacrés à cette étude patiente et laborieuse et ont fait pro-

à cette direction de la science tout ce qu'elle pouvait produire. En France, Pinel et Esquirol, ainsi que beaucoup de leurs élèves en Allemagne, Heinroth, Idelar, et beaucoup d'autres produit des travaux très nombreux et très intéressants où les lésions des facultés mentales ont été suivies, avec les plus grands soins dans les diverses formes et des maladies mentales et analysées avec une minutie vraiment remarquable.

Mais cette direction si intéressante de la science n'a pas produit

non plus tout ce qu'elle avait p
mis et tout ce qu'en attendait
ses adeptes et ses fanatiques.
On a fait des analyses psych
logiques très intéressants et tr
curieuses à suivre au point de
vue de la psychologie patholog
et de la génération du délire e
des idées délirantes, mais on n
pas pu arriver à en faire un
fondement utile pour l'étude
vraiment médicale et pratique
des maladies mentales pour le
diagnostic, le classement, le pr
nostic et le traitement des dif

formes de la folie. Le classement psychologique des aliénés d'après les facultés lésées ne donne qu'un classement arbitraire et artificiel des faits particuliers arrachés arbitrairement à tout leur entourage, détachés de l'ensemble complexe auquel ils appartiennent naturellement, une espèce de tableau symptomatique des lésions de facultés ou de portions de facultés lésées isolément dans le délire; mais c'est un classement de cabinet qui fragmente tous les faits et les sépare les uns des autres et qui est contraire à la véritable observation de la nature et ne peut être d'aucune utilité pour la pratique de la

médecine. C'est une espèce de casse tête chinois, intéressant comme application possible à la pratique. Cette méthode d'application de la psychologie normale à l'étude des maladies mentales, a donc produit tout ce qu'elle pouvait produire, et est absolument stérile pour le véritable avancement de la science. Elle doit donc être abandonnée.

3°. Ecole somatique. Indépendamment des deux écoles scientifiques que nous venons d'indiquer, il s'est produit une 3me, surtout en Allemagne, dont le célèbre Jacobi a été le chef principal et qui a

en pour adeptes depuis 1820, les mé-
decins les plus distingués de l'Alle-
magne, Jessen, Nasse, Roller, Zeller,
Griesinger, etc etc. Cette école a cher-
ché à rattacher le délire chronique
de la folie, à titre de symptômes aux
maladies des divers organes de l'é-
conomie (cœur, poumon, foie, reins,
organes génitaux, organes sous-dia-
phragmatiques, système nerveux gan-
glionnaire, etc etc) comme dans les
maladies ordinaires on rattache le dé-
lire aigu comme symptôme à di-
verses affections générales ou locales,
telles que la fièvre typhoïde, les
fièvres éruptives ou intermittentes,
etc etc.

Cette école qui a produit de nombreux
adeptes, a produit aussi beaucoups
de travaux et qui ont avancé sous
ce rapport l'étude générale des m
ladies mentales et n'ont pas été
par conséquent sans utilité. Ma
cette tendance est évidemment
trop absolue et trop exclusive
et qui de même qu'en France on
est arrivé souvent à nier même
l'existence des folies sympath
de même en Allemagne, on a é
le tort plus grave d'en exagér
tellement la valeur qu'on a
voulu presque supprimer les f
lies idiopathiques par l'étio

primitive du cerveau et réduire la pathologie mentale à n'être plus qu'un corollaire et un accessoire de la pathologie ordinaire. C'était là évidemment une exagération dangereuse et qui ne pouvait à l'effet du temps et d'une observation plus attentive des faits et aussi même en Allemagne ou cette doctrine exerce encore une grande influence sur les esprits, on ne la maintient plus à l'état de doctrine exclusive et, dans tous les cas, ce n'est pas selon nous, dans cette direction que doit se trouver le véritable progrès en médecine mentale.

A ces 3 écoles principales, il convient

drait encore d'ajouter l'Ecole Ex-
logique et l'Ecole Clinique qui me
paraît la seule vraie et médicale
mais y reviendrons dans la seco
partie de la leçon, à l'occasion de
progrès accomplis depuis 40 ans.

Manie.

D'après la classification de Pinel et d'Esquirol, la Manie est constitué à l'état de forme distincte de maladie mentale, à l'aide de deux caractères, le trouble général de l'intelligence et l'excitation, c'est à dire l'activité exagérée de toutes de toutes les fonctions et le désordre des mouvements et des actes. Mais combien ces caractères sont vagues et généraux et s'appliquent à des états tout à fait différents et dissemblables qui devraient être séparés les uns des

autres dans une classification vr
ment naturelle et médicale.
L'excitation qui sert de base à
la forme maniaque n'est qu'un
état symptomatique, tout à fait
artificiel et accidentel qui peut
disparaître l'état mental passa
dès restant le même ou se pro
duire dans des formes très diver
dont le fond maladif est tout
différent. C'est donc un état g
ral symptomatique analogue à
l'état fébrile, à l'état typhoïd
à l'état anémique dans les m
ladies ordinaires, et qui ne peu
servir à caractériser une espèce n

et véritable de maladie mentale. Et-
ce qui le prouve c'est la diversité très
grande des états pathologiques que
l'on groupe aujourd'hui sous le nom
générique et absolument vague de
maniaques!
On y réunit à la fois les maniaques
suraigus voisins du délire aigu carac-
térisés par une agitation excessive
portée jusqu'à la fureur, avec loqua-
cité incessante et incohérente, crache-
ments, mouvements de tous les ins-
tants et absence complète de rap-
ports avec le monde extérieur et
de l'autre les malades atteints de
simple excitation maniaque raison-
nable (hystérique paralytique ou

circulaire qui ont plus d'esprit qu'
l'état ordinaire, dont toutes les fa
cultés ont acquis un surcroît d'a
tivité et d'énergie qui étonnent
tous les assistants par leur esprit
leur mémoire excessive, les répartie
les citations de poëtes et d'auteu
classiques, les compositions personne
lles etc, et qui, malgré le désordre
extrême de leurs actes ont une intel
ligence plus active et plus féconde
que celles qu'ils possédaient à l'é
normal.

On réunit ainsi aujourd'hui sous
le nom générique de maniaques, le
manies intermittentes et périodiq
les manies hystériques et épilept

les manies hystériques et épileptiques,
la manie congestive qui n'est
qu'une première période de la pa-
ralysie générale et même les manies
instinctives au milieu d'une conser-
vation apparente de la raison, ou
suppose le développement instantané
ou périodique de certains penchants
violents au meurtre, au vol, à
l'incendie ou au suicide, état sur
lequel nous à revenir tout à
l'heure à l'occasion des monomies
instinctives et des folies héréditaires.
Il est évident pour tous ceux
qui se sont donné la peine d'obser-
ver sérieusement les aliénés de
ces diverses catégories que c'est

l'enfance de l'art que de les réun
ainsi pêle-mêle dans un même
groupe artificiel de faits disparat
sous le nom vague et générique
de maniaques ; que cette classifica
tion est absolument artificielle e
provisoire et que c'est un véritable
progrès scientifique que d'y avoir
déjà introduit, comme nous le
dirons tout-à-l'heure, des distinc
tions plus scientifiques, plus mé
dicales et plus naturelles, en rat
tachant ces divers états maniaque
à des formes de maladies men
tales mieux déterminées telles q
la paralysie générale l'alcoolisme

la folie circulaire, les folies hérédi-
taires, hystériques, épileptiques.

Mélancolie.

Ce que nous venons de dire de la Manie
telle qu'elle est admise dans la clas-
sification régnante, nous pouvons le dire
avec plus de vérité encore du groupe
plus vague, plus vaste et plus com-
préhensif encore des Mélancoliques,
tel qu'il était admis par Pinel et
par Esquirol et tel que le comprennent
encore un certain nombre de médecins
qui sont restés admirateurs serviles
et disciples fidèles de ces maîtres
illustres!

Qu'est-ce, en effet, que la Mélancolie

telle que la comprenait nos maîtres.
C'est un groupe énorme de faits essen-
tiellement disparates réunis artificiel-
ment et arbitrairement à l'aide d'un
seul caractère et qui présentent tou-
tous les autres rapports les différen-
les plus capitales et les plus impor-
tantes. D'après les principes de cett
école, la mélancolie est caractérisée p
deux symptômes principaux - le
délire limité à un petit nombre d'o
jets, avec conservation apparente d
la raison tous d'autres rapports e
un fond de tristesse, de crainte ou
de défiance qui imprime son cachet
à toute l'intelligence du malade

et à toutes les conceptions délirantes qui le dominent ! Or, il suffit d'observer même superficiellement et rapidement tous les malades réunis ainsi aujourd'hui sous le nom si vague et si compréhensif de mélancoliques pour comprendre combien diffèrent profondément les uns des autres tous ces aliénés qu'une classification toute superficielle réunit cependant sous une même domination, dans un même genre et dans un même groupe et qui tout en présentant tous les caractères communs qui servent à les réunir artificiellement, présentent sous tous les autres rapports de telles différences, qu'on se demande com-

ment une science sérieuse et digne
de ce nom si peu coutumier pendant
si longtemps à les réunir, quand
tout doit tendre à les séparer!
M. Baillarger a déjà fait remar-
quer avec beaucoup de raison qu'il
existait deux catégories bien différentes
parmi les mélancoliques décrits par
Esquirol; les Mélancoliques actifs et les
Mélancoliques passifs et il a proposé
une modification profonde à apporter
à la classification d'Esquirol, en
faisant passer les mélancoliques
passifs dans la catégorie des délires
généraux, tandis que les mélanco-
liques actifs seuls figureraient dans

la classe des délirés partiels sous le nom de monomanes avec tristesse. Mais cette distinction importante demandée par M. Baillarger dans la classe des Mélancoliques d'Esquirol n'est pas la seule qui serait utile d'établir dans l'état actuel de la science, parmi les Mélancoliques. Nous devons voir tout à l'heure que certaines mélancolies doivent être rattachés à la paralysie générale, d'autres à l'alcoolisme, à la folie circulaire, quelques autres enfin à l'hypochondrie, à d'autres névroses ou à d'autres affections cérébrales. Mais, dès à présent, nous pouvons dire qu'il convient de faire 4 grandes divisions principales parmi les mélancoliques

d'Esquirol.

1°. Les Mélancoliques déprimés aboutissant successivement à divers degrés de stupeur et même, dans les cas extrêmes, à la stupeur.

2°. Les Mélancoliques actifs avec idées prédominantes de persécution que nous décrivons tout à l'heure sous le nom de délire de persécution.

3.° Les Mélancoliques anxieux avec idées dominantes de ruine, de condamnations imaginaires, de culpabilité ou de damnation, en un mot les mélancoliques qui s'accusent eux-mêmes au lieu d'accuser les autres et le monde extérieur comme les persécutés et qui aboutissent dans

chronicité au délire des négations et aux divers degrés de transformation de la personnalité.

4.° Enfin les mélancoliques sans délire ou avec conscience qui se rattachent aux folies héréditaires ou aux folies avec conscience dans lesquelles les malades ont des idées qui les obsèdent, qui les dominent malgré eux automatiquement, des impulsions au suicide ou à l'homicide, qu'ils repoussent, qu'ils combattent, qu'ils cherchent à dominer, mais dont ils ne peuvent se débarrasser et auxquelles ils finissent souvent par succomber.

Telles sont les quatre catégories principales de mélancoliques que l'on commence à entrevoir et qu'il conviendrait de décrire avec plus

de précision et d'exactitude pour arriver à en faire des formes vraiment naturelles de maladie mentales.

Monomanie

Ce que nous venons de dire de la Manie et de la Mélancolie est bien plus vrai encore de la Monomanie, forme de maladie mentale admise par Esquirol et la plupart de ses élèves directs qui tend de plus en plus à disparaître aujourd'hui de la science et dont les différents faits devraient être répartis dans plusieurs autres formes plus naturelles de maladies mentales.

Mon père surtout a consacré la plus grande partie de sa vie scientifique à combattre la monomanie d'Esquirol et à nier d'une manière absolue l'existence des monomanies vraies. Et ce n'était pas

pour lui, comme on l'a bien dit à fort, une simple discussion de mots mais une véritable question de principe une question de doctrine. Développer ici quelques phrases les idées exprimées par mon père à ce sujet! De que mon père a dit des monomanies au point de vue des idées délirantes, il l'a dit également des monomanies instinctives et des monomanies d'actions. C'est une grave erreur au point de vue clinique et une erreur désastreuse au point de vue clinique et une erreur désastreuse au point de vue de la médecine légale, que la création

des monomanies homicide du vol,
incendiaire, suicide etc etc qui n'exis-
tent pas réellement dans la nature
à l'état d'unité distinctes qui
ne représentent que des actes prédo-
minants se produisant dans les con-
ditions les plus diverses. Et qui a
lieu d'être réunies artificiellement
sous un même nom, doivent être
désormais réparties dans les diverses
formes nouvelles de maladies men-
tales dont nous parlerons tout-
à l'heure, la paralysie générale,
l'alcoolisme, la folie à double
forme, le délire de persécution, les
folies héréditaires, épileptiques, hys-

fériques et les délires par accès sur
lesquels M.r Laségue a attiré avec
beaucoup de raison l'attention dans
ses études médico - légales sur
les cérébraux et sur Chabot et
Les différents faits réunis par Esqu
sous le nom de monomanie doivent
donc être séparés les uns et les autre
dans une nouvelle classification plus
naturelle, La monomanie ambitieu
passe dans la paralysie générale,
et les dernières périodes du délire
des persécutions. La monomanie
de persécution passe dans cette forme
nouvelle distinguée nettement et de
la mélancolie et de la monomani

La monomanie raisonnante passe dans dans les folies héréditaires ainsi que la plupart des monomanies dites instinctives du vol et de l'homicide et de l'incendie. Enfin certaines monomanies sont rattachées à l'Epilepsie, à l'hystérie et surtout à la folie avec conscience ou aux délires émotifs.

Ainsi donc, en résumé, non seulement comme mon père l'a soutenu toute sa vie, la monomanie n'existe pas théoriquement à l'état de délire unique réduit, à une idée, à un sentiment, à un penchant surexcité ou à un acte déterminé, mais même elle ne doit pas être conservée dans la science comme forme spéciale à l'état de

délire restreint et limité à tous les faits classés artificiellement et provisoirement par Esquirol, sous cette dénomination qui doit être rayée du vocabulaire de la science doivent être répartis dans les diverses formes plus naturelles dont nous allons vous parler tout à l'heure.

Démence

La Démence, telle qu'elle a été conçue par Pinel et par Esquirol est encore moins admissible et moins acceptable que les trois autres formes de la classification que nous venons de passer en revue. Pour Pinel et pour Esquirol, la démence pouvait être quelquefois primitive, mais elle était presque toujours consécutive et n'était qu'une période terminale des autres formes de maladies mentales. Elle était surtout caractérisée par l'extrême affaiblissement et par presque par l'oblitération complète des

facultés intellectuelles et affectives.
Si on la comprenait ainsi dans toute
la rigueur du terme, elle serait très
rare et ne comprendrait qu'un pe-
tit nombre de faits. Mais en géné-
ral Esquirol et ses élèves ont étendu
beaucoup plus le sens de ce mot et
l'ont appliqué à la plupart des
états chroniques de trouble mental
dans lesquels on peut constater
un affaiblissement assez prononcé
des facultés mentales. C'est dans
ce sens que l'on appelle aujourd'hui
déments, les trois quarts des malades
chroniques qui encombrent aujourd'hui
les asiles d'aliénés. Ainsi com-

pris et n'a plus aucun sens précis et s'applique aux faits les plus disparates et les plus discordants. C'est un véritable caput mortuum, dans lequel on fait rentrer tous les faits d'affection mentale chronique qui ne peuvent rentrer dans aucune autre catégorie, pourvu qu'ils présentent un degré quelconque d'affaiblissement intellectuel. Ainsi entendue la démence devient un mot banal qui n'a plus un sens vraiment scientifique et qui ne représente plus rien de précis ni de compréhensible et doit être comme la monomanie, rayée de notre vocabulaire. Les

faits que l'on a coutume de ranger, faute de mieux, dans cette désignation vague et qui embrasse, dans sa vaste compréhension, les états les plus divers, doivent être répartis dans les autres formes plus naturelles que nous allons étudier tout-à-l'heure et peuvent être divisés en quatre grandes catégories : 1° La démence liée aux diverses variétés de la paralysie générale, ou démence paralytique 2° La démence organique liée à des maladies organiques du cerveau avec lésions en foyer ou localisées. 3° La démence sénile. 4° La démence ter-

maladie des autres affections men-
tales et qui doit être elle-même
subdivisée en autant de variétés qu'
il y a de formes naturelles de ma-
ladies mentales dont elle forme
la dernière période qu'il faut tâche-
de mieux décrire qu'on ne l'a fait
jusqu'à ce jour, de manière à
mettre les dernières périodes en
rapport avec les premières. Celle
que nous connaissons le mieux
aujourd'hui et la plus fréquente
de toutes est la folie chronique
ou l'espèce de démence qui suc-
cède au délire de persécution, qui
en forme la 4me période et qui
est surtout caractérisée par des

idées caractéristiques stéréotypées de persécution et de grandeur et de nombreuses hallucinations de tous les sens et de la sensibilité en général.

---

29 Mars 84.

Notes à prendre

1°. Mon père

2°. Morel

3°. Lasègue.

4°. Historique de Pinel et Esquirol depuis 1792 jusqu'à 1840

5°. Trois Ecoles : 1°. Anatomique, 2°. Psychologique, 3°. Somatique.
Y ajouter l'Ecole Etiologique et l'Ecole Clinique.

6°. La Manie

7°. La Mélancolie

8°. La Monomanie

9.° La Démence.

10.° Variétés à introduire dans chacune de ces formes anciennes.

Les formes nouvelles.

11.° La Paralysie générale.

12.° L'alcoolisme, aigu, subaigu et chronique

13.° La Folie circulaire et à double forme.

14.° Le délire de persécution.

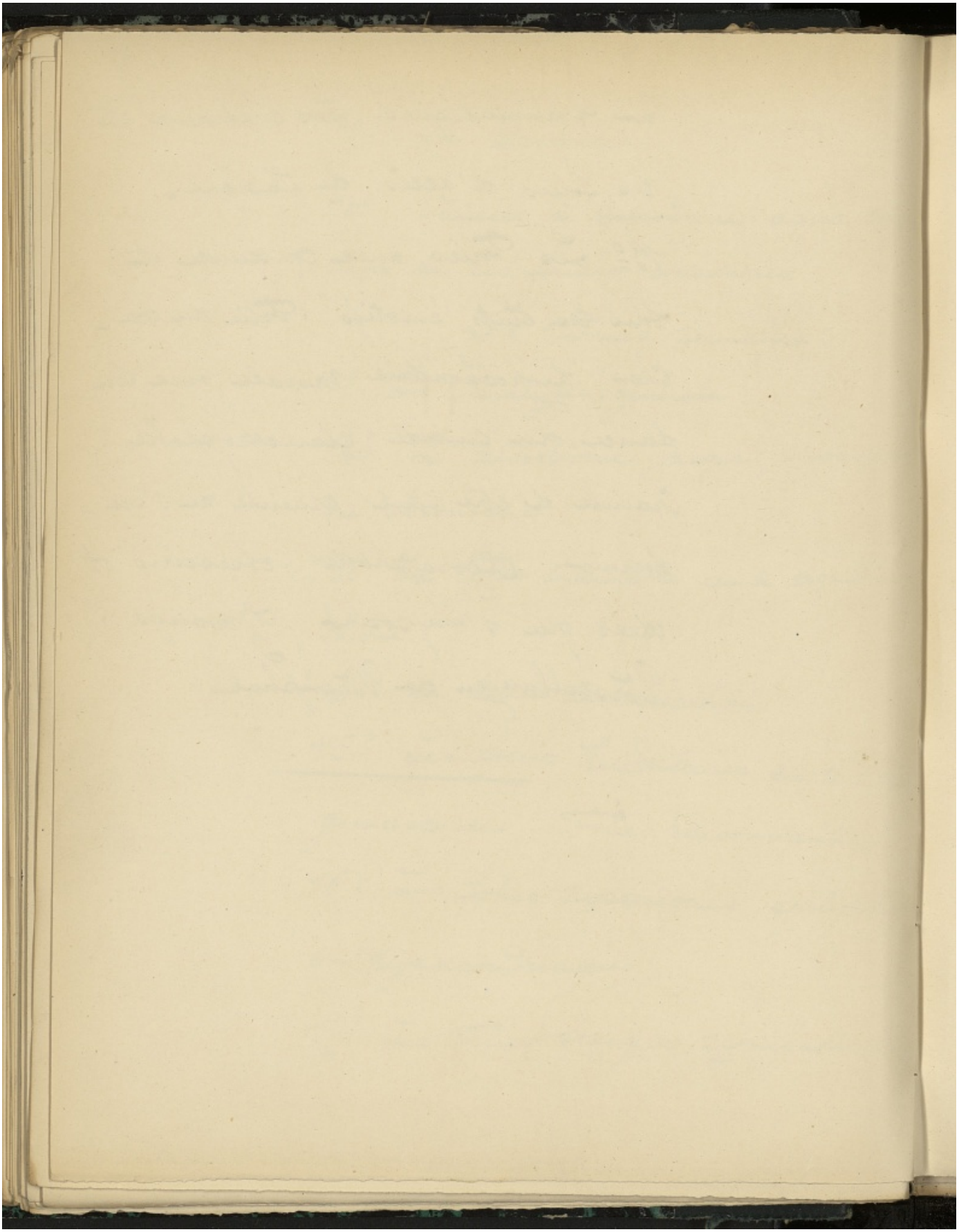
15.° Les Folies héréditaires et les dégénérescences. Folies raisonnantes.

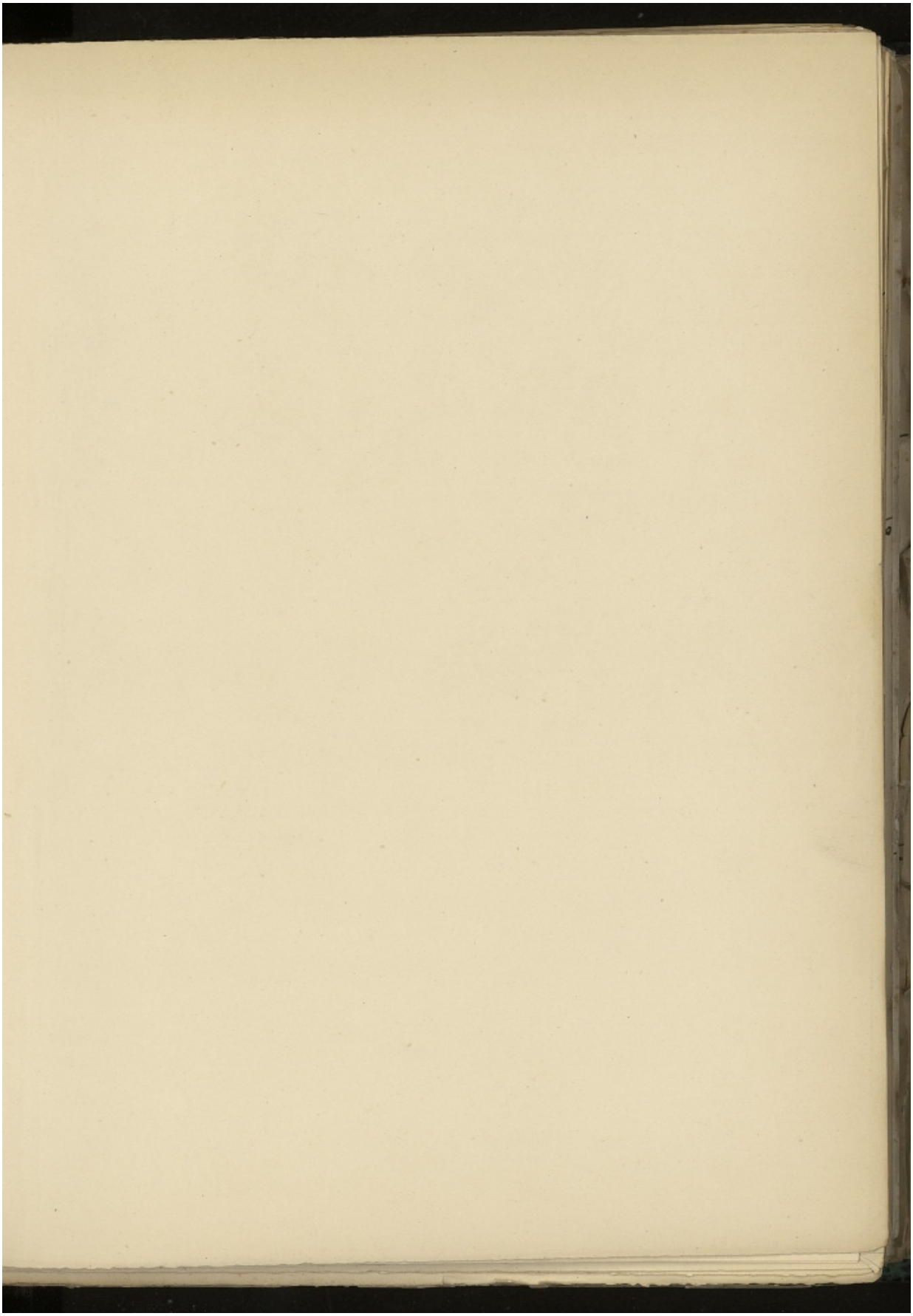
16.° Les folies hystériques, épileptiques et hypochondriaques.

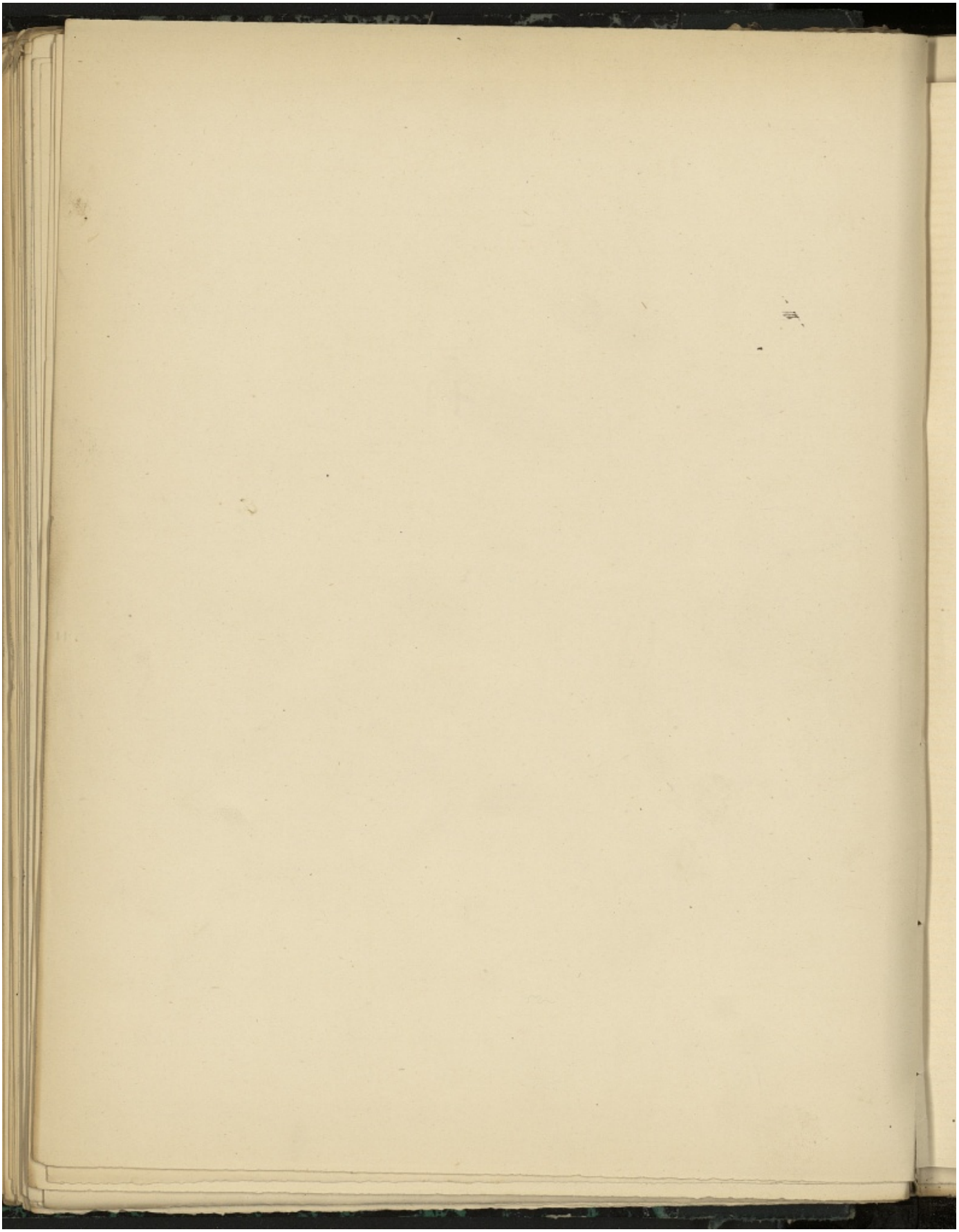
17.° Les folies toxiques, sympathiques.

et traumatiques. Les cérébraux et les folies d'accès de Lasègue.

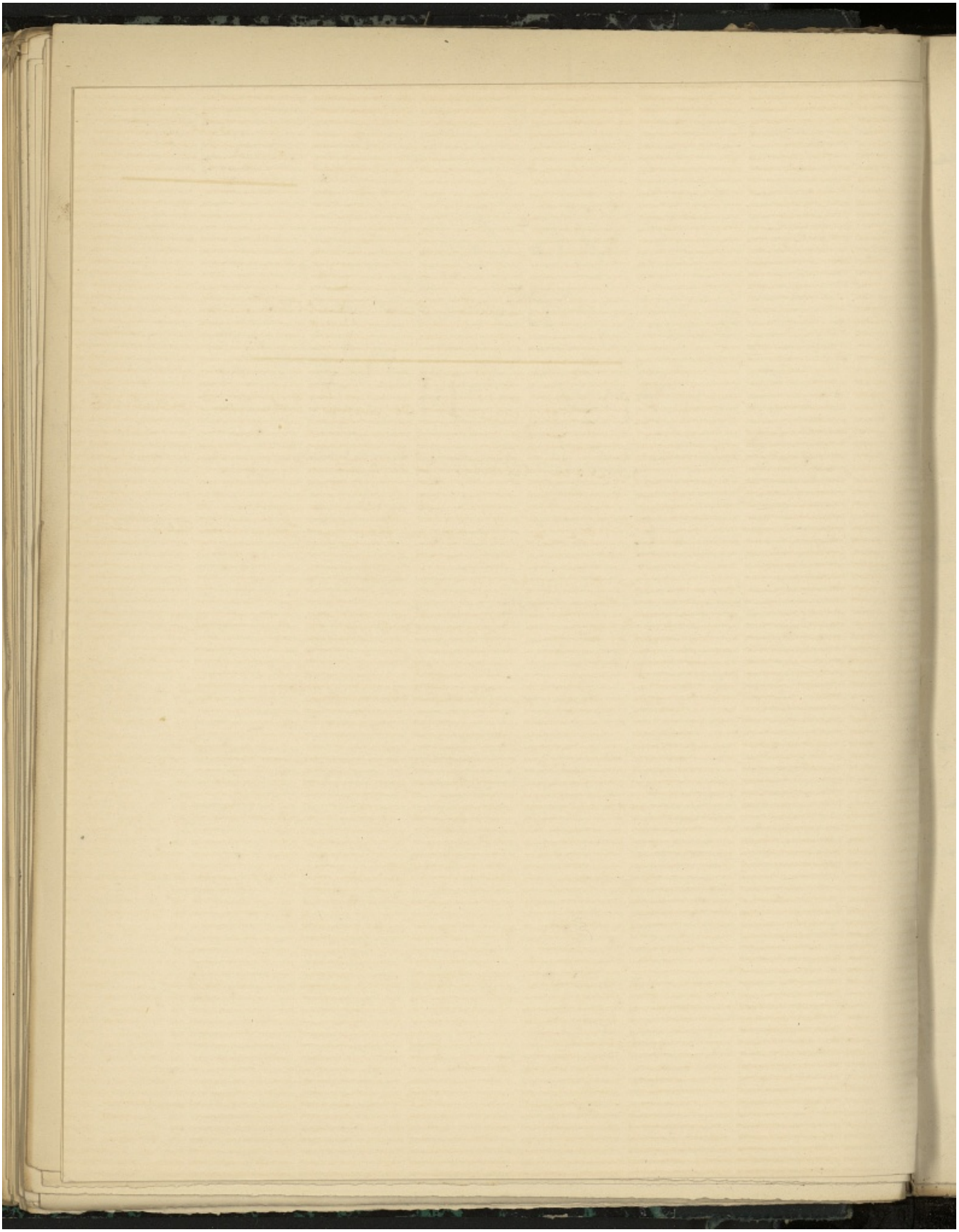
B° Les Folies avec conscience et tous les états émotifs. Folie du doute, hypochondrie morale avec tendance au suicide, claustrophobie, crainte d'être seul, crainte de s'endormir, agoraphobie, obsessions et idées qui s'imposent (Zwangs, Vorstellungen de Westphal)







Notes
pour les leçons
du Cours de 1886.



1.

3 9bre 86

Sujets des Leçons.

1° Mouvement général de la médecine mentale depuis 40 ans

2° de l'hérédité de la folie et des névroses en général

3° Du diagnostic général de la folie

4° De la responsabilité totale et partielle

5° Des réformes à apporter à la loi de 1838

6° Des limites à imposer à la folie héréditaire (résumé de la discussion à la société psychologique)

7° De l'alcoolisme aigu, subaigu et chronique

8° Des divers états émotifs, à l'état sensi

physiologiques, et à l'état pathologique).

9.e Epilepsie, hystérie et cérébraux de Lasègue.

9.e Des folies intermittentes et périodiques en général et en particulier.

---

2 octobre 86

Plan de la Leçon sur la responsabilité totale ou partielle et sur le diagnostic général de la Folie.

Indication rapide des sujets traités dans les leçons de l'année dernière et de ceux que j'ai l'intention d'indiquer, d'abord cette année.

Aujourd'hui, je consacre la leçon à un sujet qui est à l'ordre du jour la responsabilité partielle,

1° Historique de la question en Angleterre et dans les autres pays. Criterium divers adoptés pour ~~bien~~ apprécier le délire : Discernement du bien et du mal, en général ou relativement à l'acte incriminé. Existence du délire. En Amérique, en Allemagne et en France. Delasiaune, Belloc, Ch. Molinier, Legrand du Saulle. Discussion à la société médico-psychologique. Etat actuel de la question.

Réfutation de la doctrine de la responsabilité partielle. Impossible de se limiter dans la pratique. Impossible de se limiter dans la pratique. Distinction entre la responsabilité morale et la responsabilité légale. Deux échelles, ascendante et descendante. Nécessité d'un criterium solide et inébranlable, scienti-

ligne et médical, et non de un critérium flottant.

2°. Pour établir le criterium médical Discussion sur les moyens généraux du Diagnostic de la folie. 3 critériums généraux admis et insuffisants. 1°. Libre arbitre. 2°. conscience de son état. 3°. Comparaison de l'individu avec lui-même, transformation de la personnalité. Mais tout criterium absolu est insuffisant pour distinguer la raison de la folie. Il faut se baser 1°. sur l'ensemble des symptômes (psychiques). Groupe des symptômes élémentaires pris à part est insuffisant. Idées délirantes, Hallucinations, Impulsions, modifications de la sensibilité morale. Il faut la réunion de ces symptômes, non exis-

tence de la monomanie

2°. Sur l'examen des symptômes physiques

3°. Sur la marche de la maladie Folie

Tels sont les éléments généraux du diagnostic. Pour le compléter scientifiquement il faut faire rentrer le cas particulier dans une catégorie clinique préalablement connue

Telles sont les bases du criterium médical pour distinguer la raison de la Folie

Eh bien, la médecine légale, c'est à dire la question de responsabilité repose tout entière sur cette question de diagnostic. Il n'y a pas à poser la question de responsabilité : il n'y a qu'à établir l'existence de l'état de maladie ou de l'état de folie sans discuter ensuite sur les degrés de responsabilité.

2ème Partie. On ne peut admettre la responsabilité totale ou partielle chez les aliénés que dans deux circonstances principales. 1°. Dans les rémissions

intermittences ou intervalles lucides, c'est à dire dans certains moments de la maladie et 2° dans les conditions de trouble mental qui ne sont pas la folie proprement dite.

1° Apoplexie et aphasie

2° Epilepsie.

3° Hystérie.

4° Alcooliques

5° Périodes prodromiques.

6° Période de prédisposition et de convalescence.

7° Les Etats de faiblesse intellectuelle native.

Dans tous ces cas, qui ne sont pas la folie confirmée et caractérisée on peut discuter la responsabilité et admettre qu'elle peut être acceptée ou considérée comme simplement atténuée

4e Partie. Actes civils opposés aux actes criminels

5.° Mesures à prendre pour les aliénés criminels.

Conclusion.

Annonce de la prochaine leçon sur l'hérédité en général et ensuite sur les folies héréditaires et leur limitation plus ou moins étendue.

1re Leçon.

Responsabilité légale et diagnostic général de la Folie.

1re Partie. responsabilité légale et irresponsabilité des aliénés.

Historique, Antiquité, Angleterre, Amérique, Allemagne et France. Théorie psychologique, responsabilité partielle. Réfutation de cette théorie. Responsabilité

morale & responsabilité légale : Deux Ecoles
Théorie de la monomanie, nécessité d'un Cri
terium Scientifique et médical basé sur
l'état de folie. Or, comment diagnostiquer
l'existence de la folie ? C'est là le 2me sujet de
la seconde partie.

2me Partie. Principes généraux du diagnos-
tic de la Folie : 2 critériums insuffisants

1°. Libre arbitre 2°. Conscience de son
état, 3°. Comparaison de l'individu avec
lui-même. Il faut quelque chose de plus
médical et de plus sérieux

1°. Ensemble des symptômes psychiques
2°. Symptômes physiques
3°. Marche de la maladie

Elles sont les bases du diagnostic généra
de la Folie.

Un nouveau progrès consiste à rattacher
le cas particulier à une forme clinique

préalablement connue.

La médecine légale se réduisant à une question de diagnostic, il s'agit simplement d'établir l'existence de la folie et l'on n'a plus à discuter sur le degré de responsabilité

3e Partie : Cas dans lesquels cette discussion est admissible.

1° responsabilité selon les moments de la maladie : intervalles lucides, intermittences rémissions : périodes d'incubation et de convalescence.

2° Etats de trouble mental en dehors de la folie.

1° Apoplexie

2° Epilepsie

3° Hystérie

4° Alcooliques

5° Période de prédisposition

6° Périodes prodromiques

7° Etats de faiblesse intellectuelle native dégénérés moitié criminels et moitié aliénés.

4e Partie. Actes civils différents des actes criminels.

5e Partie Asile spéciaux pour les aliénés civils criminels.

Conclusion : Annonce de la prochaine Leçon et de la Leçon de Jeudi.

Analyse du Chapitre de Kraft Ebing sur le diagnostic de la folie.

La question de savoir si un individu est fou ou ne l'est pas peut être posée au médecin devant le tribunal ou au lit du malade

Devant le tribunal, elle est posée lorsque le juge a des doutes pour savoir si des anomalies psychiques sont simplement l'expression d'une disposition mentale ou d'une excitation passionnée d'un abandon volontaire à des penchants ou à des impulsions immorales, de transgression volontaire et malveillante, ou bien si elles sont la conséquence d'une maladie du cerveau qui leur sert de base

Le juge a besoin de cette décision pour pou-
voir déterminer si un individu doit être
condamné pour un acte contraire aux
lois, s'il doit être privé de ses droits ci-
vils ou de sa liberté personnelle en le
transportant dans un asile d'aliénés.
Au lit du malade surgit la question de
savoir si les symptômes psychiques cons-
tatés existent eux-mêmes, c'est-à-dire
s'ils sont l'expression de ces maladies
du cerveau que l'on a l'habitude de dé-
signer cliniquement sous le nom de
maladie mentale ou bien s'ils ne sont
qu'un symptôme d'une autre mala-
die générale (délire de la fièvre, délire
d'inanition, ou d'une intoxication ou
d'une autre maladie nerveuse du cer-
veau. S'il est vrai que dans beaucoup
de cas, le diagnostic de la folie en g

néral soit facile et certain même pour les gens étrangers à la médecine, d'autre part il en est d'autres, au contraire, où toute la science et les connaissances spéciales du médecin spécialiste sont indispensables et où même la question ne peut être décidée immédiatement. Ceci tient à ce qu'il n'existe pas de symptômes pathognomoniques de la folie, que ces symptômes peuvent avoir plusieurs significations et ne peuvent acquérir de valeur que par une réunion et leur interprétation rationnelle.

S'il est déjà difficile dans le domaine des maladies corporelles, là où l'on possède des moyens physiques accessoires de diagnostic très précieux, de décider le moment où la santé passe à l'état de maladie, combien cela est plus difficile encore dans le domaine psychique

ou l'on ne peut concevoir un état de santé a
tolument normal que comme un idéal, n
aucun individu ne peut être considéré com
absolument semblable à un autre, et où
les affections, les passions, les déviations
la sensibilité et de la volonté de la mo
ité des autres hommes et même les er
reurs de l'esprit et les illusions des s
sont encore comprises dans la sphère de la
vie physiologique, et qui que constitue
des éléments de troubles psychiques non
douteux, sont cependant encore compatibl
avec la persistance de la lucidité intellec
tuelle et de la libre disposition de soi-mê
Les difficultés qui résultent de la natu
même du sujet, sont encore augmentées
considérablement par ce fait que le dévelo
pement de l'état de folie qu'il s'agit
d'examiner et en général toute la

15

vie antérieure de l'individu restait souvent tout à fait inconnue ou bien que la maladie s'est développée insensiblement sur des anomalies de caractère habituelles aux passions ou à la suite d'une conduite de la vie criminelle ou immorale, qu'il y a souvent soupçon de dissimulation ou de simulation de la part de l'inculpé, enfin parce que le temps de l'observation est souvent trop court et qu'alors les signes d'une manière périodique ou qui n'est encore qu'un complètement développé, échappent à l'observation. Comme règles générales du diagnostic de la folie, sur le terrain psychique, on peut poser les principes suivants.

1° Les maladies mentales sont des maladies du cerveau avec des symptômes psychiques prédominants mais non exclusifs.

2° Si ces symptômes sont prédominants

seul pour le jugement de l'état de ma
ladie, le diagnostic ne doit pas cependant s
poser exclusivement sur eux. Il faut rec
cher également les autres signes d'une ma
ladie nerveuse cérébrale persistante et le di
gnostic psychologique doit être complété
approfondi par un diagnostic Néuropat
logique. On doit conseiller de mettre tem
rairement de côté les symptomes psych
douteux et de poser la question de l'exi
tence d'une maladie nerveuse cérébrale o
ginaire ou acquise si l'on découvre alo
des signes de dégénérescence anatomiqu
ou fonctionnelles, avec troubles des fonctio
vasomotrices, motrices et sensitives, qu
l'on peut rattacher à une cause centra
à côté de symptômes psychiques d'u
valeur douteuse tels qu'excitation tem
mentale, affections pathologiques, actes

penchants, penchants immoraux, etc, leur réelle importance sera alors éclairé tous son vrai jour et l'on peut alors arriver à acquérir la certitude qu'ils reposent sur une base morbide, telle que l'alcoolisme chronique ou la folie morale dégénérative, épileptique, etc.

2° Les maladies mentales (comme Schüle l'a très bien fait remarquer, récemment, Manuel p. 382) ne sont pas seulement des maladies du cerveau, mais en même temps des maladies de la personnalité tout entière. Il faut étudier toute la personnalité antérieure et même son origine héréditaire, c'est à dire que le diagnostic psychologique doit être complété par un diagnostic anthropologique

La vraie difficulté pour le diagnostic général et spécial de la folie réside dans la connaissance exacte des antécédents. L'individualité totale, la connaissance de son développement, le mode de réac-

troi ch de sensibilité habituelle et anté-
rieure tout le principal objet de la re-
cherche et surtout la constitution psych
héréditaire ou acquise. Les dispositions
réditaires, l'éducation et les divers évé-
nements de l'existence tout les facteurs a
quels provient l'individualité propre du
sujet, c'est à ces facteurs que reivent la
principale importance pour décider si des
anomalies psychiques sont réellement ma-
bides ou encore compatibles avec l'état
physiologique

2° Les maladies mentales envisagées
d'une manière générale, sont des ma-
ladies. Elles s'accompagnent de trouble
de la vie végétative. Les recherches les
plus minutieuses de la vie physique doi-
vent donc marcher de front avec celle
de l'observation psychique. Ce n'est
que par cette étude que nous pouvons

arriver à décider si la maladie mentale est idiopathique ou liée à un trouble symptomatique des fonctions psychiques. Les symptômes physiques les plus importants sous ce rapport sont les troubles du sommeil, de la nutrition (poids du corps) de la digestion, des fonctions intestinales, des sécrétions. Elles n'ont une véritable importance que dans les premières périodes de la maladie. Dans les périodes ultérieures, elles peuvent disparaître sans que leur suppression soit une preuve de la non existence de la maladie.

4° La folie comme la maladie, a des causes. La maladie mentale, en elle-même est une manifestation peu habituelle est une manifestation peu habituelle. Elle doit être motivée d'une façon suffisante, soit par une prédisposition très puissante, soit par une intensité particulière ou une accumulation de causes occasionnelles. L'observation psychol.

gique doit être complétée par une étude étio-
gique et pathologique. Plus les symptômes de
perturbation psychique se relient de bonne heure
et pathologiquement à une cause déterminée
et plus leur importance augmente. L'impor-
tance de l'explication étiologique du fait n'est
diminuée que dans les cas où aucune cause
déterminante ne paraît évidente et lorsqu'une
cause dépassante qui a précédé laisse indé-
cise la question de savoir si la modifica-
tion psychique qui a suivi n'est pas une
simple réaction physiologique ou une mani-
festation vraiment pathologique.
Là où aucune cause occasionnelle n'est
palpable, il y a toujours une disposition
native ou acquise ou même une maladie
congénitale.
C'est là que la connaissance des antécé-
dents et les recherches anthropologiques, bio-
logiques et cliniques fournissent une série

lumière pour éclairer la question en démontrant que le tableau pathologique douteux que l'on a sous les yeux, n'est que le plus haut degré de développement d'une personnalité défectueuse et disposée à la folie maladie depuis la naissance. Le qu'il y a de plus difficile sous ce rapport, c'est le 2me cas c'est à dire celui dans lequel la perversion psychique que l'on constate peut être considérée comme une réaction naturelle contre une cause déprimante quelconque. La tristesse émotive appartenant au domaine physiologique et la disposition morbide à la tristesse commençante peuvent en effet présenter un aspect absolument identique.

Ce qui est décisif dans ces cas, c'est par dessus toutes choses la marche de la maladie, la connaissance du mode habituel de réaction de l'individu et l'observation minutieuse des divers symptômes de détail. Si la cause effluente est peu importante est peu importante, si son action sur

l'individu est plus intense et plus prolon-
gée qu'elle ne l'est habituellement, si
elle ne diminue pas progressivement d'inten-
sité à mesure que l'on s'éloigne de l'acci-
dent de la cause et si, au contraire, elle persiste
au même degré, malgré la disparition de
la cause alors la présomption d'un état
pathologique de la sensibilité morale augm-
de plus en plus. La sensibilité douloureu-
de l'homme normal n'est pas absolum-
générale et reste encore accessible jusqu'
un certain point à des impressions agr-
ables, tandis que la disposition triste
maladive transforme les sentiments agréa-
en sentiments pénibles et ne fait par là
qu'augmenter d'intensité.
Cette disposition s'élève alors spontaném-
jusqu'à un degré supérieur arrivé à des
sensations de frayeur, d'anxiété, d'an-

gisse et de souci par suite de modifications organiques et psychiques intérieures, tandis que chez l'homme sain d'esprit ces sensations ne se produisent pas ou sont motivées par des causes purement extérieures. Celui qui est atteint de dispositions morbides, de la sensibilité morale, a souvent le sentiment intime et la conscience de l'envahissement d'un état maladif et éprouve en même temps des troubles dans les fonctions sensoriales (mal de tête, vertiges, insomnie, sentiment d'obstacle au mouvement de la pensée, vacuité des idées, pression à la tête et à l'épigastre, hyperesthésies et névralgies variées et ete. Les phénomènes de la nutrition souffrent également chez lui beaucoup plus qu'à l'état normal et le poids du corps diminue de beaucoup plus vite que chez les gens simplement tristes à l'état physiologique.

5°. Le plus important après les symptômes d'une maladie, c'est sa marche. La folie

a empériquement des types de développem
et une marche déterminée en rapport ave
chaque forme morbide. Lorsqu'un cas particu
correspond aux lois de développement d'u
maladies mentale déterminée, l'état malad
devient alors incontestable surtout lorsque d
accès semblables du même mal reviennent
périodiquement et coïncident avec des état
physiques concomitants par exemple av
la suppression des règles
Mais aussi l'ensemble du processus pat
logique en tant qu'il se manifeste dans
détail des symptômes, acquiert une plus
grande valeur pratique, alors même que no
connaissance de la régularité et de la su
cession naturelle des symptômes présente de
nombreuses lacunes. Plus il nous est poss
de démontrer la liaison et la conformité
succession des symptômes avec des lois
connues antérieurement et plus il devient

certain que le fait soumis à l'examen est de nature pathologique.

6°. Dans la folie comme dans toute autre maladie, il s'agit de vivre dans des conditions anormales. Les fonctions ne sont pas totalement changées, les conditions seules de leur exercice sont anormales. Les fonctions ne sont pas totalement changées, les conditions seules de leur exercice sont anormales. De là résulte nécessairement que ce qui est décisif, ce n'est pas l'altération de la fonction en elle-même, mais ses rapports avec des conditions anormales. Ce qui différencie surtout l'aliéné de l'homme sain d'esprit, c'est que chez ce dernier les phénomènes psychiques en général sont en rapport avec les impressions et les faits réels du monde extérieur, tandis que chez l'aliéné, ils résultent de dispositions intérieures, organiques et maladives. Ils sont

L'expression de changements d'objectifs se
venus dans la conscience même du mala
faits fictifs ou non suffisamment motiv
dans le monde extérieur. Ce qui est dé
ce n'est pas le contenu, mais le mode de
production et les motifs des phénomènes
psychiques. Il n'y a pas chez l'aliéné de
trouble de fonction qui ne puisse survenir
accidentellement dans le domaine étendu
de la santé psychique.

2° Une maladie est toujours un ensemb
complexe qui n'est jamais constitué par
un seul symptôme. Ceci est vrai égale
pour la folie. La conception du tableau mo
ne peut donc être que synthétique. Ce n'
que la connexion et la liaison des symp
tômes entre eux, d'après les lois connu
la combinaison exacte et l'interprétation
des manifestations disparates, l'étude

approfondie de leur mode de succession et de leurs rapports réciproques qui peut donner à un symptôme isolé son importance et sa valeur réelle.

L'analyse isolée de chacun des symptômes ne peut jamais conduire au but, d'autant plus que les symptômes isolés, fut-ce même une idée délirante ont plusieurs significations. Or, c'est encore moins possible pour des anomalies d'humeur, des affections, des penchants pervers, des actions criminelles, des tendances immorales qui n'acquièrent de valeur que par leur rapport avec les autres symptômes et avec la personnalité antérieure et actuelle du malade.

8° La Folie, étant une maladie de la personnalité nécessite l'examen direct de l'individu et des phénomènes connexes qu'il présente. Deux personnes disant la même chose ne sont pas pour cela

identiques. La connaissance de l'individuali
est indispensable. Dans la bouche d'un fou
placé au sommet de l'échelle de la fièv
la croyance aux sorciers, chez un astrono
la croyance à l'immobilité de la terre
rait très étrange, tandis qu'elle serait p
faitement admissible chez un homme de
campagne.

9.° La Folie, comme manifestation extérieure
maladive de la vie rend indispensable
l'examen personnel du malade. Lorsqu
cet examen vient à manquer, comme da
les rapports de Facultés en l'absence du
malade, dans l'examen de l'état ment
d'un testateur qui est mort à l'époque
de la contestation du testament, il éch
à l'observation et portant au diagnostic
plusieurs signes importants tels que l'exp
ssion de la physionomie, l'attitude cara
ctère du corps, etc etc

Lorsque l'on peut examiner directement le malade, il est très important de le surprendre et de l'observer dans les circonstances habituelles de sa vie. La manière dont il parle, dont il s'habille, dont il s'occupe, peut fournir des indications précises au spécialiste non seulement pour constater l'aliénation mentale mais pour en connaître les manifestations particulières. Le point difficile pour le diagnostic réside dans la conversations avec le malade. On doit savoir non seulement ce qu'on doit demander mais comment on doit guider la conversation. L'objet de l'examen n'est ni une plante, ni un cristal, mais une conscience humaine, mobile, qui est très fortement influencée par le mode et la forme de l'investigation et de l'interrogatoire.

Il faut s'introduire chez lui d'une manière toute naturelle, commencer la conversation par des choses indifférentes

et l'entraîner à causer sans lui indiquer le but précis de l'entretien. Jamais ce lui-ci ne doit avoir le caractère d'un in terrogatoire judiciaire. Le mieux est de parler d'abord de la santé physique et de faits antérieurs de son existence, de lui ma fier de la sympathie et d'acquérir ainsi peu à peu sa confiance. On obtient ainsi la connaissance des divers événements de sa vie, de ses opinions, de ses désirs, de ses plans, de ses dispositions d'esprit, de son intelligence de ses aspirations. On dirige la conversation sur l'origine de la fami la situation sociale, les questions politiq et religieuses et l'on cherche avec atten tion à constater s'il surgit des modifi cations dans les idées, dans une direc tion quelconque qui pourrait mettre su la voie d'une conception délirante quel conque. Or, il est de règle que les aliénés

chaque fois qu'on touche à son délire s'ouvre de suite carrière et se livre plus ou moins directement complètement. Pendant cette conversation, on a le temps d'examiner le regard, l'expression de physionomie, les gestes, la tenue ainsi que l'habitation et l'entourage du malade.

A cette exploration psychique, il faut joindre l'examen attentif de l'état physique, de tous les organes et de toutes les fonctions. Un auxiliaire puissant pour l'examen d'un aliéné, c'est l'etude de ses écrits. Le mot, le style, c'est l'homme, a ici toute sa valeur. On peut soutenir, en général, que chaque forme de maladie mentale a son écriture particulière et que le malade se manifeste dans ses écrits, où il ne se sent pas observé, se trahit plus que dans ses paroles. Ceci s'applique surtout à ces aliénés qui, en vertu de conceptions délirantes ou d'hallucinations impératives, opposent à

à tout interrogatoire un silence obstiné
On s'étonne souvent de voir des malades
qui, dans la conversation, parlent très
convenablement et qui, dans leurs écrits, ma
nifestent un grand désordre d'es
prit. Mais, d'un autre côté, des écrits très
raisonnables, n'excluent nullement la folie
pas plus qu'un langage raisonnable.
Les écrits des aliénés peuvent conduire à
la découverte de conceptions délirantes reste
cachées, au point de vue du style, à l'appr
ciation de leur conscience intime et au point
de vue de la forme graphique, à la consta
tation de troubles peu prononcés de la coor
dination des mouvements. Les déments
écrivent moins que les autres aliénés. La
construction enfantine des phrases, l'abs
sence de clarté de la diction, indiquent
la faiblesse d'esprit. Comme les écrits

demandent en général une plus grande clarté des idées que la parole, l'écriture est un réactif plus délicat des états de faiblesse psychique (Guinta.) Le Mélancolique également écrit peu. Son humeur triste la lenteur de ses conceptions l'en empêchent. La monotonie de la pensée se réflète dans la répétition constante des mêmes accusations. Si l'écrit n'est pas d'un seul jet, on y voit que le malade ne peut vaincre que par secousses les empêchements de la pensée et n'a pu arriver à manifester ses idées que par phrases isolées et fragmentées, souvent les lettres sont tracées d'une main tremblante.
Le maniaque écrit beaucoup d'une main ferme, en gros trait et avec une écriture jetée rapidement sur le papier. Elle est un tableau fidèle de la pensée accélérée, que la main peut à peine suivre

de telle sorte que des mots sont sautés et des phrases laissées incomplètes. Si le mouvement rapide des idées augmente encore, les écrits deviennent une chose inextricable de mots et de fragments de phrases qui se succèdent sans interruption. Dans son délire d'écrire, le malade écrit en travers et en biais et ne s'inquiète pas de la quantité du matériel qui se trouve à sa disposition. Les malades qui écrivent le plus sont les délirants chroniques, les querellants et les ergoteurs. Au point de vue graphique, il existe de nombreuses modifications de l'écriture, des ornementations bizarres, des arabesques, des dessins et des soulignements de mots et de syllabes.

La dictée elle-même peut être connaissable ou bien, au contraire, emphatique,

fixare, selon la nature des conceptions
délirantes ou de la conscience intime.
On peut observer sous ce rapport les plus
grandes fixarreries. Marcé parle d'un
aliéné chronique qui attachait une impor-
tance extrême au nombre 3, répétant par
écrit chaque lettre 3 fois de suite.
Au point de vue de leur contenu, les é-
crits des délirés partiels chroniques peu-
vent être d'une grande importance parce
qu'ils dévoilent des conceptions délirantes
qui restent soigneusement cachées dans la
conversation.
Chez beaucoup de malades, l'écriture
devient tout à fait incompréhensible
par l'emploi de mots usuels détournés de
leur sens habituel par des déplacements
de syllabes ou par l'annexion de sylla-
bes supplémentaires et sans aucun sens,
ou par la substitution aux signes ordinaires

de l'écriture, de caractères hiéroglyphiques ou symboliques. Les malades en arrivent jusqu'à la création de mots nouveaux même jusqu'à l'invention d'un idiome spécial.

Il existe quelques signes particuliers de l'écriture des malades appartenant à la paralysie générale. Le trouble de la coordination des mouvements se représente dans l'expression graphique indistincte, semblable à celle des écoliers en zig-zag, tremblée, écriture en pattes de mouches ou en traits linéaires qui ne se tiennent plus entre eux.

Souvent il existe de la Paragraphie ou de l'agraphie, de sorte qu'il se produit des mots tous incomplets ou incorrectement écrits, ou bien des mots manquent complètement. L'Amnésie peut être tou

au point que le malade répète des mots ou des lignes entières qu'il vient d'écrire à l'instant même. Le grand trouble de la conscience interne empêche de s'apercevoir de ces lapsus. Il en résulte que dans le cours de l'écriture le malade oublie de suite le but qu'il se proposait en commençant, de sorte que dans le même écrit, il s'adresse successivement à plusieurs personnes. Les mêmes motifs le conduisent à intercaler dans ses écrits des phrases empruntées d'un écrit ou d'un livre placés à côté de lui, à écrire en même temps dans plusieurs langues, à laisser la lettre inachevée et à oublier l'adresse, la date ou la signature. L'aspect intérieur de l'écrit témoigne également de l'état maladif. Le papier est grossier, couvert de dessus et dessous d'encre, et indique souvent de la manière la plus évidente le grand trouble d'esprit dans lequel se trouvaient ces malades.

Parmi les symptômes qui doivent encore servir au diagnostic général de la folie, il faut citer les suivants. La transformation de la personnalité en une personnalité nouvelle ou l'existence de conceptions délirantes et d'hallucinations = ces deux derniers sont la seule base du diagnostic pour le public.

Changement du caractère:

Le processus pathologique qui sert de base à l'aliénation mentale consiste dans la modification du caractère primitif de l'individu, c'est à dire de ses habitudes, de ses penchants, de ses aspirations et de ses manières de voir antérieures. La personnalité devient tout autre. Le symptôme est d'autant plus précieux que c'est ordinairement le signe primitif précédant l'apparition du délire des idées et du délire d'action. Cette modifications du caractère qui peut

s'étendre jusqu'à une métamorphose complète des conceptions et des aspirations anciennes devient d'autant plus importante qu'elle coïncide avec un moment où l'individu qui l'éprouve se trouve soumis à l'action des causes les plus importantes de maladie mentale.

2°. Conceptions délirantes. Un signe important mais cependant pas indispensable, de maladie mentale, consiste dans l'existence de d'idées délirantes. Ce serait cependant une grande erreur de ne vouloir admettre la folie que là où l'on peut démontrer leur existence. Le malade peut, en effet, se trouver dans une période de début où il n'existe qu'un trouble des dispositions affectives, et s'il peut appartenir à une forme de maladie mentale qui ne présente jamais des conceptions délirantes. De plus, le malade peut cacher ses idées délirantes et

de plus, quoi que généralement présentes, elles peuvent par moment disparaître dans l'esprit du malade. Enfin, alors même qu'on en constate l'existence, il faut souvent un examen très attentif, pour démontrer leur caractère évidemment délirant. L'homme sain d'esprit peut concevoir également des idées souverainement absurdes et surpasser même l'aliéné sous ce rapport, tandis qu'au contraire, le délire d'un aliéné peut très bien ne pas être invraisemblable ou impossible, comme par Ex, le délire d'infidélité conjugale ou le délire d'empoisonnement. Ce qui est décisif, dans ce cas, ce n'est pas le contenu même de l'idée, mais son mode de production et ses rapports avec l'état général actuel et antérieur de l'individu qu'on observe. Elle est sans valeur pour le diagnostic tant que

l'on observe. Elle est sans valeur pour le diagnostic tant que l'on a pas recherché son mode de production et tant qu'on ne l'a pas soumise à une interprétation rationnelle. Pour apprécier la valeur d'une idée délirante il faut surtout s'appuyer sur les faits suivants :

1°) Les erreurs de l'homme sain d'esprit reposent sur une faute de conclusion logique, ou bien sur l'ignorance, l'inattention ou l'existence d'une passion ou d'une superstition qui faussent les prémisses d'un raisonnement. Le délire d'un aliéné, au contraire, est le résultat d'une maladie du cerveau, d'une hallucination ou d'une tentative d'explication d'une disposition maladive ou d'un délire primordial. On peut alors s'y rattacher et il se trouve ainsi en rapport avec d'autres troubles psychiques élémentaires tels que dispositions

morbides de la sensibilité morale, sensa-
tions anormales etc etc, à un développement
régulier et conforme aux lois très ordinaires
de la pathologie, et n'a par conséquent rien
d'accidentel.

B) Il est en contradiction complète avec
les opinions anciennes de l'individu, avec
sa manière antérieure de penser et avec
son expérience personnelle. Un physicien
qui croit pouvoir ~~savoir~~ voler, un mathé-
maticien qui croit trouver la quadrature
du cercle, un chimiste qui croit avoir dé-
couvert le moyen de faire de l'or, etc.

C) Le délire de l'aliéné a toujours
un rapport avec le sujet pensant. Un
homme sain d'esprit peut, par bêtise,
par crainde, ou autrement, croire à l'exis-
tence des sorciers et il n'est pas pour cela
aliéné. Un aliéné croit aussi selon les
circonstances, à l'existence des sorciers

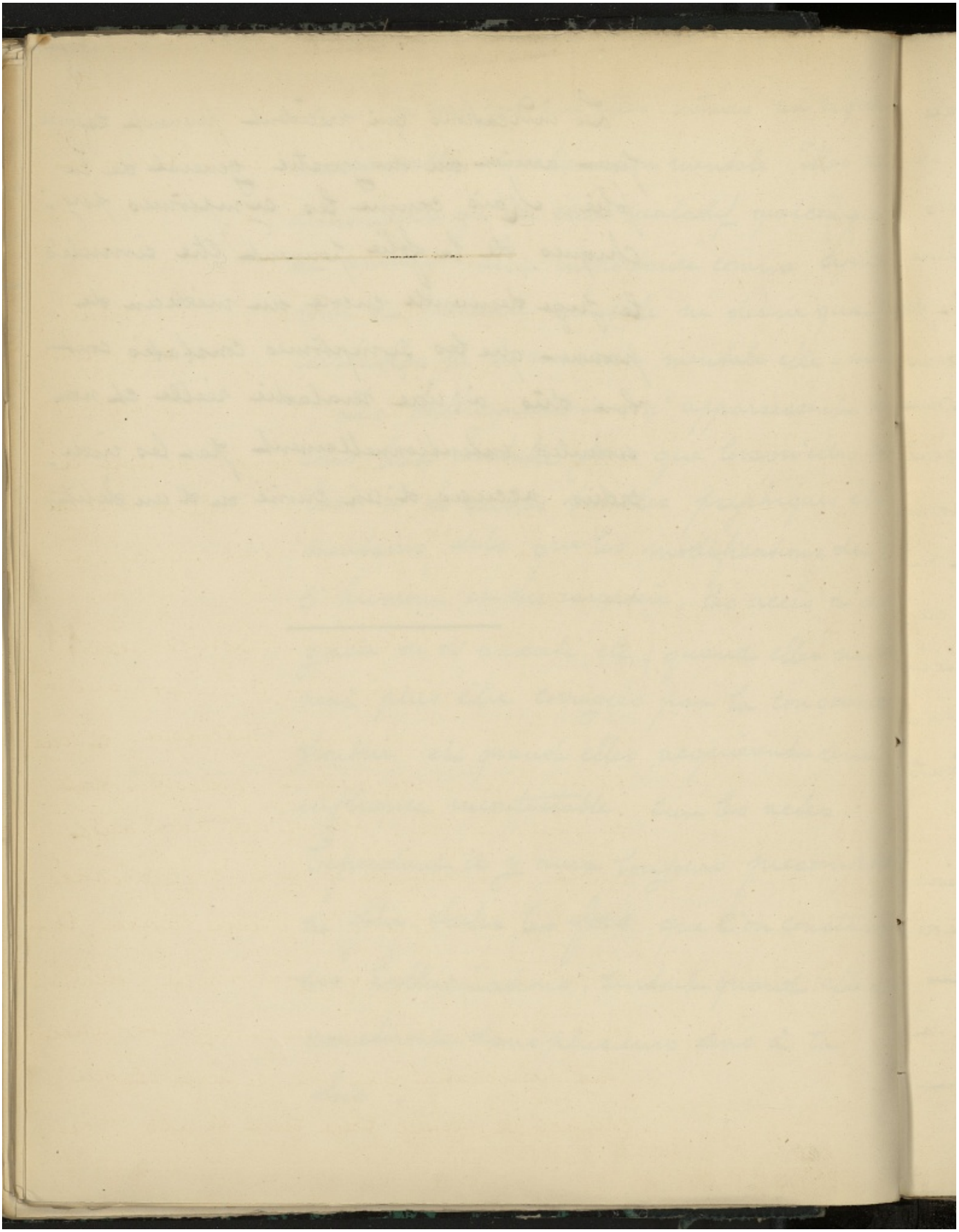
il n'est pas, pour cela, aliéné. Un aliéné croit aussi selon les circonstances à l'existence des sorciers mais c'est parce qu'il les sent, les voit ou les entend. d) Par cela même que le délire de l'aliéné est la manifestation d'un état patho. logique, la logique et le raisonnement ne peuvent rien contre lui. Le persiste et disparaît avec la maladie qui lui donne naissance. On ne peut pas plus chasser son délire par la discussion que guérir la maladie par des discours. L'homme sain d'esprit au contraire, pour reconnaître et corriger son erreur grossière aura reconnu qu'elle est absurde.

3.° Hallucinations. Les hallucinations elles-mêmes qui peuvent survenir dans d'autres affections cérébrales ou nerveuses dans des fièvres et dans des intoxica-

trois, ne sont pas par elles-mêmes un signe incontestable d'aliénation mentale. Elles ne demandent qu'un état maladif quelconque du cerveau. Leur importance comme symptômie de maladie mentale ne découle que de la constation de la maladie mentale elle-même.

Les hallucinations, n'apparaissent dans tous leur véritable jour que lorsqu'elles sont liées à d'autres troubles psychiques élémentaires tels que les modifications de l'humeur et du caractère, les accès d'angoisse ou d'anxiété etc; quand elles ne peuvent plus être corrigées par la conscience troublée et quand elles acquièrent une influence incontestable sur les actes. Cependant, il y aura toujours présomption de folie toutes les fois que l'on constatera des hallucinations, surtout quand elles existeront dans plusieurs sens à la fois.

Les indications qui précèdent peuvent suffire pour arriver au diagnostic général de la folie. Mais comme les symptômes psychiques de la folie peuvent être simulés, le juge demande encore au médecin de prouver que les symptômes constatés sont bien dûs à une maladie réelle et non simulés intentionnellement par les individus accusés d'un crime ou d'un délit.



Indications générales sur le Diagnostic de la Folie.

Le Diagnostic de la Folie chez les persécuteurs raisonnants est le point le plus important et le plus difficile de la question qui nous occupe. De toute la pathologie mentale, ce sont les cas où les limites entre la raisonnement et la Folie sont les plus difficiles à poser.

Il est, en effet, certains caractères violents rancuniers, vindicatifs et processifs, qui, à la suite d'un dommage quelconque, d'une injure ou d'un méfait, quelqu'il soit, se trouvant lésés par l'individu avec lequel ils sont en rapport, sont disposés naturellement à se faire rendre justice, par tous les procédés imaginables, à réclamer réparation d'honneur ou d'argent, avec une persistance que rien ne lasse et qui consacrent ainsi tout leur temps, toutes

leurs facultés, à poursuivre de leurs réclamations et de leurs plaintes incessantes et qui peuvent arriver envers lui jusqu'à des actes violents et même jusqu'au meurtre ! Les querelleurs, les processifs, les redresseurs de torts, les gens querelleurs et aimant la discussion, sont assez fréquents dans l'humanité en général, et ne sont pas des aliénés. Les romans, les pièces de théâtre, les annales des tribunaux nous offrent tous les jours des exemples multiples de ces divers caractères même poussés à l'extrême, et qui cependant ne sont pas considérés comme atteints d'aliénation mentale.

Que faut-il donc pour que des individus de ce genre appartiennent à la catégorie des malades et soient envisagés comme des ayant franchi la frontière qui sépare la raison de la folie ? C'est là certainement

le point le plus difficile à élucider dans la question qui nous occupe, et celle qui peut être souvent l'objet d'un litige et d'une contestation prolongée entre les médecins d'une part, les avocats, les magistrats, les journalistes de l'autre.

Tous les auteurs qui ont étudié cette question en France et à l'étranger, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours et surtout depuis Pinel et le commencement de ce siècle, ont cherché dans la psychologie seule, c'est à dire dans l'étude des diverses facultés psychiques, la solution de ce problème, si difficile et c'est sur cette base unique en quelque sorte, qu'ils ont basé le diagnostic de la manie sans délire de la folie raisonnante, folie morale, folie des actes. Ils ont posé en principe que, chez ces malades, les facultés intellectuelles pouvaient être considérées comme intactes, non atteintes

par la maladie, tandis que les facultés affectives, instinctives et morales étaient seules altérées et que l'altération morbide de ces facultés morales entraînait à leur suite des actes étranges, bizarres, désordonnés, excentriques et violents, qui devaient surtout servir de moyen de diagnostic pour établir l'existence de la folie. C'est par ce procédé, tout psychologique de la Folie. C'est par ce procédé, tout psychologique que l'on est arrivé à la création des monomanies auxquelles on a donné les noms des monomanies auxquelles on a donné les noms les plus ~~mais~~ variés, et d'après la nature du sentiment ou du penchant qu'on supposait altéré ou pervertie. C'est ainsi qu'on a créé la monomanie homicide, la kleptomanie ou monomanie du vol

la Pyromanie ou monomanie incendiaire
la monomanie érotique, ambitieuse, religieuse
ou de persécution.
Tous les auteurs qui sont restés dans cette
voie purement psychologique et qui ont
admis la théorie de la monomanie ont
fait les plus louables efforts pour arriver
à découvrir des signes distinctifs pratiques
entre la raison et la folie, mais ils n'ont
pu trouver aucun criterium absolu et
vraiment scientifique. Dans la plupart
des cas, la solution de la question n'abou-
tit qu'à une différence de degré et non
à une limite précise et nettement déterm-
inée. Aussi ont ils conclu presque tous,
dans ces cas difficiles, à l'existence d'inter-
diaires entre la raison et la folie, auxquels
ils ont donné les noms variés d'Etat mixte
(Moreau de Tours) de Zone intermédiaire ou
Limitrophe (Maudsley) de Frontière de la

Folie (Ball)

Les critériums les plus importants qui ont été admis par les différents auteurs, dans tous les pays sont les suivants.

1.° L'absence de conscience de son état, mais d'une part, l'aliéné ressemble sous ce rapport à l'homme sain d'esprit qui, selon le mot classique emprunté à l'antiquité, ne se connait jamais lui-même, et par conséquent, ce caractère n'a rien de distinctif entre l'homme normal et l'homme malade, et d'autre part, la science moderne a parfaitement établi, contrairement à l'opinion des aliénistes de l'ancienne école, qu'il existe toute une catégorie d'aliénés ayant conscience de leur état et qui néanmoins sont dans un état pathologique incontestable.

2.° La différence de l'individu avec lui-même ~~et~~ avant et après la maladie

Il est certain que dans la plupart des cas d'aliénation mentale il s'opère au moment de l'invasion de la maladie une véritable transformation du caractère qui rend le malade tout à fait différent de ce qu'il était autrefois et en fait en quelque sorte un être nouveau, mais dans beaucoup de cas et surtout dans ceux dont nous nous occupons actuellement, l'état maladif ne se distingue précisément le plus souvent, de l'état mental antérieur que par une simple différence de degré et par une véritable exagération maladive de tous les traits du caractère antérieur. Les individus étaient des excentriques, des égoïstes, des orgueilleux, avant de devenir des aliénés raisonnants et ces traits de leur caractère primitif, n'ont fait que de se développer à un plus haut degré par l'effet de

la maladie. Le caractère distinctif util
dans beaucoup de cas, est donc insuffi
sant dans d'autres et surtout dans ceu
dont nous parlons

2.° La perte du libre arbitre, (c'est à
dire du pouvoir de se diriger soi-même
à volonté) par suite de la production
involontaire et automatique d'idées, de
sentiments distincts ou d'impulsions en
gendrées par la maladie, qui s'impose
à l'individu malgré lui et entraîne
sa volonté dans une direction presque
fatale, ses forces d'impulsion morbide
s'emportant désormais sur les
forces de résistance qui pourraient leur
de contrepoid. C'est là ce qu'on a ap
pelé une rupture d'équilibre dans la
statique intellectuelle et morale, ce qui
constitue l'entraînement involontaire,
l'automatisme cérébral, l'impulsi

morbide et l'irresistibilité des penchants et des actes et ce qui a pour conséquence naturelle, l'irresponsabilité morale et légale. Mais ce caractère essentiel de l'état de folie ne peut constituer par lui-même un moyen de diagnostic puisqu'il s'agit précisément pour le médecin d'établir son existence et que c'est là par conséquent répondre à la question par la question et par un véritable cercle vicieux. Il s'agit précisément d'établir qu'un individu est aliéné c'est à dire a perdu sa responsabilité et sa liberté morale et pour cela, vous dites au médecin de prouver d'abord qu'il a perdu la force de résister à ses impulsions afin d'en déduire la conséquence qu'il est atteint d'aliénation mentale ! C'est là une véritable pétition de principe et un procédé tout a fait contraire

à toutes les lois de la logique. Dès pour-
rait-on trouver le phrénomètre, c'est-
à dire l'instrument de précision vrai-
ment scientifique qui permettrait au
médecin de mesurer avec exactitude,
(comme le savant le fait avec le baro-
mètre et pour la pesanteur de l'air
et pour la température avec le thermomètre
le degré d'impulsion et le degré de résis-
tance de chacune des facultés psychi-
ques pour pouvoir conclure à la résultante gé-
nérale de toutes les forces combinées et
contradictoires et arriver ainsi à déter-
miner que les forces d'impulsion l'ont
emporté fatalement sur les forces de résis-
tance au point d'entraîner l'irresponsa-
bilité des actes et la non responsabilité
de l'individu! Le phrénomètre, mal-

Cloisonnement n'existe pas, et au lieu de continuer à fonder son attention sur ce changement d'équilibre entre les diverses forces psychiques, il faut chercher dans d'autres directions des critériums plus vrais et plus pratiques pour arriver à distinguer la raison de la folie, la santé de la maladie.

Tous les auteurs qui ont suivi cette voie psychologique ont été obligés, en définitive, de renoncer à ces critériums théoriques, qui ne pouvaient remplir le but désiré et de se former comme les philosophes les magistrats et les avocats, à se livrer à des discussions à perte de vue, à propos de chaque cas particulier, sur de simples différences de degré sur la nature spéciale des actes, sur leurs mobiles et sur les diverses circonstances qui les précèdent, les accompagnent ou les suivent. C'est ainsi que, pour les idées, par exemple

après avoir d'abord cherché à s'appuy
sur les caractères plus ou moins absurdes
des idées émises par les aliénés, on est
arrivé peu à peu à se convaincre que beau
coup d'idées exprimées par les aliénés
ne sont pas plus absurdes que celles qui
ont été condamnées, défendues à diverses ép
ques par des gens sains d'esprit, ce qui
a fait dire à Leuret, par exemple, qu'il
n'existait pas une seule idée folle qui
n'ait été acceptée à diverses époques de
l'histoire par une génération d'hommes
supérieurs et même par une génération
tout entière. La nature de l'idée ne
peut donc servir de criterium absolu
pour distinguer la raison de la folie. On
en est ainsi arrivé à ne plus envisag
l'idée en elle même, mais dans ses
rapports avec l'ensemble des autres

idées de l'individu et surtout au point de vue de son influence sur les actes et sur la conduite. On a donc admis que l'existence de certaines idées fausses, étranges, dans une intelligence restée saine d'ailleurs dans son ensemble, pouvait être considérée tout au plus comme une simple bizarrerie, une anomalie intellectuelle, mais non comme un signe de maladie mentale, et que, pour constituer une véritable folie, au lieu de rester isolée dans un coin de l'intelligence, devait entraîner des changements considérables dans toute la nature intellectuelle de l'individu, et surtout dans ses actes, dans l'ensemble de la conduite, dans la direction générale de son existence. Partant de ce principe, le diagnostic de la folie basé sur la nature des idées délirantes, cessait d'être absolu pour reposer sur une simple différence de degré dans la réaction de

Ces idées fausses sur l'ensemble des autres idées et sur la conduite de la vie.
Les mêmes procédés de diagnostic ont été appliqués par les psychologues partisans de la théorie de la Monomanie, à l'étude des sentiments et des penchants. L'appréciation de leur degré d'intensité était le premier élément pour juger de leur caractère maladif, mais ne pouvait suffire, il fallait surtout se baser sur le degré d'influence qu'ils exerçaient sur les actes et sur les mobiles de ces actes. On admettait d'abord qu'un penchant ou un sentiment naturel était exalté par la maladie (sentiment religieux, erotique, penchant à la violence, au meurtre, au vol, etc) Mais, comme on ne pouvait mesurer l'intensité variable de ce sentiment ou de ce penchant

on tenait compte surtout de son influence sur les autres facultés et sur les actes. On se demandait alors à quels actes entraînait ce penchant suspecté et jusqu'à quel point toute la conduite de l'individu était influencée ; on recherchait ensuite quels étaient les mobiles déterminants de ces différents actes et si ces mobiles étaient, oui ou non, conformes à ceux qui dirigent l'homme à l'état normal ? Ces actes étaient-ils longuement combinés ? préméditées ou bien instantanés et impulsifs ? ou bien, au contraire, motivés par une idée et dirigés vers un but déterminé ? Le malade avait-il un intérêt quelconque à accomplir cet acte, pour en retirer un profit ou pour satisfaire un sentiment de jalousie, de haine ou de vengeance, ou bien au contraire agis-

fait sans intérêt ou même contrairement à son intérêt bien entendu?

Enfin, on étudiait avec soin toutes les circonstances qui avaient accompagné l'acte soumis à l'examen de l'expert et l'on recherchait jusqu'à quel point ces actes étaient conformes ou contraires à ceux de l'homme à l'état normal. Tous les traités de médecine légale relatifs à l'aliénation mentale reposent sur ces différences de degré, sur ces diverses appréciations de facultés lésées et sur l'influence qu'elles exercent sur les actes. Mais ce sont là de simples discussions de philosophes et d'avocats dans lesquelles la science médicale et la clinique spéciale n'interviennent presque à aucun degré.

Une nouvelle direction a été imprimée aujourd'hui à la pathologie mentale

et à la médecine légale des aliénés
Au lieu de discuter sans fin sur les facultés lésées, sur leur degré de perversion et sur le degré d'influence que ces perversions exercent sur les actes, il faut faire de la médecine clinique, baser la médecine légale sur la connaissance des faits analogues observés antérieurement dans des conditions où les individus n'avaient aucun intérêt à simuler ou à dissimuler la folie et comparer le fait particulier le fait particulier soumis à l'examen, à tous les faits analogues observés antérieurement, à un point de vue médical et clinique et éclairer ainsi le cas particulier à la lumière de tous les faits du même genre appartenant à la même catégorie morbide. Pour établir le diagnostic de la folie d'une manière rai-

ment scientifique et médicale, il faut appliquer à la pathologie mentale les règles et les méthodes de la pathologie ordinaires, cesser d'être psychologues pour être médecin et étudier les faits d'aliénation mentale comme on étudie ceux de la phathologie nerveuse ou cérébrale.

Le Diagnostic doit donc porter sur les faits généraux suivants :

1° Ne pas se borner à l'étude de la lésion d'une façon isolée ou d'un acte incriminé mais étudier l'individu malade dans l'ensemble de ses facultés, de ses idées et de ses penchants, et dans toute la conduite de sa vie. Renoncer absolument à la théorie des monomanies pour admettre celle des espèces morbides et arriver ainsi à faire rentrer le cas particulier dans une espèce ou une variété mo-

mide et arriver ainsi à faire rentrer le cas particulier dans une espèce ou une variété morbide préalablement décrite cliniquement.

2°. Ajouter l'étude des symptômes physiques à celle des phénomènes intellectuels et moraux et des actes accomplis par les malades.

3°. Etudier l'évolution générale de la maladie et l'histoire complète physique et morale d'un individu depuis sa naissance jusqu'au moment où on l'examine.

En résumé, le diagnostic d'un cas particulier d'aliénation mentale doit reposer sur 3 bases différentes :

1°. Sur l'ensemble des phénomènes intellectuels et moraux rapproché d'une forme déterminée de maladie mentale connue cliniquement.

2°. L'étude des symptômes physiques

3°. Sur la marche générale de la maladie, ou en d'autres termes, sur l'histoire complète de la vie de l'individu soumis à l'examen.

Voilà les 3 fondements réels et scientifiques du diagnostic général de la folie et, par conséquent, de la médecine légale des aliénés qui, ainsi que l'a dit mon père, se résume toute entière dans une question de diagnostic, et ces moyens de diagnostic sont bien autrement scientifiques que ceux empruntés à la psychologie pure.

Les principes généraux une fois posés on les applique ensuite à chacune des formes connues de maladie mentale et variant l'examen d'après les symptômes connus et la marche particulière de chacune de ces formes spéciales.

9me Leçon.

1°) Hérédité physiologique
2°) Hérédité pathologique en général
3°) Hérédité des maladies mentales et nerveuses
4°) Influence des doctrines de Morel sur la pathologie mentale
5°) Formes de maladies mentales ayant l'empreinte de l'hérédité.
1°) Paralysie générale
2°) Alcoolisme
3°) Hypochondrie
4°) ~~Hystérie~~ Epilepsie
5°) Hystérie
6°) Délire de persécution (persécuteurs)
7°) Description de la folie héréditaire proprement dite. Signes physiques et intellectuels, id. de l'ordre moral.

Marche de la maladie depuis la naissance jusqu'à la mort. Pronostic

8.° Caractères communs à toutes les folies héréditaires.

7.° Lucidité

2.° Rémittences.

3.° pas d'hallucinations

4.° prédominance des folie des actes

5.° Accès congestifs et délirants dans le cours de l'existence.

9.° Ne pas exagérer les folies héréditaires critique de Magnus.

Limitation du côté physiologique.

2.° Limitation parmi les formes de la folie.

Admettre une grande famille d'aliénés héréditaires et la subdiviser en formes et variétés, au lieu de tout englober

dans une seule classe.

Les leçons suivantes seront consacrées

1°. Aux folies intermittentes et périodiques

2°. Aux états émotifs et avec convulsions

3°. à l'Alcoolisme.

---

13 9bre 80.

La Leçon sur L'hérédité en général doit être divisée en 4 parties.

1re Partie. Lois de L'hérédité en général, au point de vue physiologique
Hérédité physique et hérédité des qualités morales et du crime. — Prosper Lucas et Ribot.

2me partie. Hérédité pathologique des maladies en général et des maladies nerveuses et mentales en particulier

Trois espèces d'hérédité

1°. Hérédité directe et similaire; parents, ascendants et collatéraux.

2°. Hérédité transformée des maladies nerveuses et mentales entre elles: Baillarger, Moreau de Tours, Prosper

Lucas.

3e Hérédité transformée mais accompagnée de signes de dégénérescences allant en s'aggravant et aboutissant à la stérilité et à l'extinction de la race.

Morel, traité des dégénérescences. Point de vue anthropologique.

3me Partie. Influence de ces idées nouvelles sur la Pathologie mentale, en général, considérée comme une simple branche secondaire de l'anthropologie, les maladies mentales des asiles étant considérées comme des formes déterminatives de maladies nerveuses antérieures de l'alcoolisme, de causes dégénératives s'étant exercées d'abord à l'état normal.

Point de vue Anthropologique.

4e Partie. En vertu de ce point de vue nouveau, les maladies mentales doivent

être divisées en deux grandes classes.

1°. Les Folies sympathiques traumatiques individuelles (par cause physique ou morale) ou congéniales, etc

2°. Les Folies ayant subi l'influence de l'hérédité, portant l'empreinte de l'hérédité morbide qui se subdivisent à leur tour en 2 catégories distinctes, savoir celles qui ont simplement subi cette empreinte (Paralysie générale, Alcoolisme, Délire de persécution, Hypochondrie, Hystérie, Epilepsie) et celles qui sont plus spécialement héréditaires = Folies raisonnantes ou Folies d'action, états émotifs et folies intermittentes périodiques

Seconde Partie: Hérédité pathologique de toutes les maladies en général, cancer, phthisie, etc etc.

Hérédité spéciale du système nerveux.
1°. Hérédité similaire. 2°. Hérédité transformée (arbre généalogique) directe, atavique, collatérale. Les névroses et maladies mentales alternent et vont ensuite en s'aggravant.
3°. Hérédité allant en s'aggravant progressivement jusqu'à la stérilité et l'extinction de la race et se compliquant d'anomalies et de dégénérescences dans les diverses fonctions de l'économie, stigmates physiques et stigmates de l'ordre moral. Développement des idées de Morel pour les maladies nerveuses et mentales en général
3me Partie. Influence de ces idées générales sur la pathologie mentale = la science spéciale tend à se transformer sous l'influence de ces idées générales

Point de vue anthropologique. Comme l'a dit Morel, les maladies mentales observées dans nos asiles doivent être considérées comme l'a dit Morel le dernier terme de la dégénérescence progressive de l'espèce humaine tendant à la formation de races maladives aboutissant peu à peu à la stérilité et à l'extinction de la race. La pathologie mentale envisagée à ce point de vue devient une branche secondaire de l'Anthropologie et les maladies mentales doivent être considérées envisagées toutes dans leurs rapports avec les lois de l'hérédité.

4°. Dès à présent, on peut diviser toutes les maladies mentales en deux catégories:

1°. Celles qui semblent naître d'elles-mêmes, être dues à des causes sympa-

Aliques, traumatiques, congénitales ou individuelles, physiques ou morales, et celles qui portent le cachet de l'hérédité morbide ou l'empreinte de l'hérédité. Ces dernières doivent être distinguées soigneusement des Folies héréditaires proprement dites, telles que les Folies raisonnantes, les états émotifs et les Folies intermittentes ou périodiques. Dans les séances suivantes nous décrirons ces folies plus spécialement héréditaires. Aujourd'hui nous énumérerons les formes mentales qui subissent l'influence de l'hérédité. 1°. Paralysie générale 2°. alcoolisme. 3°. Délire de persécution. 4°. hypochondrie. 5°. Epilepsie, 6°. Hystérie.

La leçon sur l'hérédité doit être une leçon générale sur l'influence de l'hérédité comme cause productrice

de maladie mentale et comme empreignant son cachet spécial à un certain nombre de formes de maladies mentales. Il faut d'abord parler de l'hérédité, en général, à l'état physiologique, hérédité des qualités et des défauts des ascendants = hérédité des facultés spéciales (musique, peinture, calcul, etc etc) hérédité du crime et des mauvais penchants, des mauvais instincts, hérédité des facultés morales et des facultés intellectuelles ect. Faire à cette occasion la part de l'hérédité et de l'imitation.

Prosper Lucas et Moreau de Tours.

Résumé de la leçon de 1884 sur la Folie Héréditaire.

J'arrive à la description de la Folie héréditaire.

Cette espèce ou ce genre de Folie, est encore aujourd'hui très contesté, pour des raisons que j'exposerai tout à l'heure et qui ont certainement une assez grande valeur.

Cependant je crois qu'aujourd'hui, depuis les travaux de Morel, il est impossible d'établir les caractères généraux des Folies héréditaires et c'est ce que je vais chercher à faire d'une manière rapide dans cette leçon car je suis obligé de me borner à des indications générales. L'hérédité des maladies mentales est un fait connu de tout temps et qui a été admis par

tous les auteurs. Personne en effet ne conteste l'hérédité des maladies mentales. On peut varier sur le degré et les statistiques en France, en Allemagne, en Angleterre et en Amérique, sont très concordants sous ce rapport. Et l'on s'explique très facilement ces divergences, car rien n'est difficile comme d'établir avec certitude l'hérédité d'une maladie mentale. Cette cause est souvent niée par les familles et par les malades.

Dans les grands services d'aliénés également, il est très difficile d'obtenir des renseignements exacts, même pour l'hérédité directe, provenant du père ou de la mère, à plus forte raison pour l'hérédité indirecte, collatérale ou transformée : Les familles n'admettent

presque jamais l'hérédité chez les ascendants, ou bien elles l'ignorent ou la méconnaissent ou bien encore ils la nient systématiquement On comprend donc très bien les dissidences des statistiques à cet égard. Cependant le fait général est admis par tous mais avec des différences très grandes dans le degré et dans l'interprétation des faits particuliers.

Je n'ai pas à parler ici de l'hérédité en général comme cause, ni de l'hérédité physiologique ni de l'hérédité morbide. C'est un sujet trop complexe et qui mériterait une étude spéciale. Je veux seulement m'occuper de l'hérédité des maladies mentales et surtout des caractères spéciaux des Folies héréditaires. Cette hérédité a d'abord été comprise sous sa forme la plus rigoureuse c'est à dire comme hérédité directe de père en fils. On n'ad-

mettait comme maladies héréditaires que celles qui étaient absolument semblables chez le père ou la mère et chez les enfants, en un mot, l'hérédité directe et similaire par ex l'Epilepsie des parents produisant l'épilepsie chez les enfants.

Peu à peu, on a étendu de plus en plus la sphère de l'hérédité morbide. On a admis l'hérédité directe et indirecte. On a remonté la série des ascendants et l'on a constaté l'atavisme, comme dans les races animales et végétales, c'est à dire l'hérédité provenant des aïeux. Puis on a admis l'hérédité collatérale; mais c'était encore là l'hérédité similaire, c'est à dire la même maladie retrouvée chez les derniers membres d'une même famille. Mais depuis une 40ne d'années environ, on a encore étendu beaucoup plus la sphère de l'héréd

On a admis l'hérédité transformée ou les transformations héréditaires.

Tout le monde sait aujourd'hui que toutes les maladies nerveuses peuvent se transformer par l'hérédité en maladies mentales et réciproquement. Il y a parenté étroite entre les grandes névroses, telles que l'hystérie, l'Epilepsie, l'hypochondrie et les diverses variétés de maladies mentales et il y a parenté également entre ces grandes névroses et les formes plus avancées de la dégénérescence, telles que l'imbécillité et l'idiotisme. Aujourd'hui, il n'est pas possible d'avoir de doutes à cet égard et l'observation de tous les jours démontre les relations étroites qui existent dans une même famille entre ces diverses manifestations des névroses héréditaires.

La question de l'hérédité des maladies mentales en était là lorsque Morel

a commencé ses travaux. Prosper Lucas dans son grand ouvrage sur l'hérédité physiologique et pathologique et Moreau de Tours dans ses divers travaux sur le même sujet admettaient des transformations héréditaires des névroses en maladies mentales et vice versa. Ils allaient même jusqu'à admettre que toutes les maladies héréditaires étaient sœurs et qu'on ne trouvait pas seulement chez les ascendants des aliénés, des épileptiques, des hystériques ou des hypochondriaques, mais des apoplectiques, des cancéreux, des tuberculeux etc. Ce qui était évidemment une exagération car on ne pourrait plus se limiter si l'on s'engageait dans cette voie et, pour ne pas se fourvoyer, il ne faut pas sortir de la sphère du système nerveux qui est déjà assez vaste. Mais, sans sortir du système

nerveuse, il y a une grande extension qui est inévitable et qui est aujourd'hui admise et qui constitue le vrai progrès accompli par Morel dans son traité des dégénérescences. C'est là le grand progrès et la vraie nouvelle qu'il a ouverte à la science. La grande idée qui sert de base aux travaux de Morel, est celle-ci : L'hérédité nerveuse ne se borne pas à transmettre aux descendants des maladies nerveuses ou mentales qui existaient chez les ascendants, similaires ou transformées, mais elle agit sur la constitution générale des individus eux-mêmes, modifie les races, et en fait des races dégénérées chez lesquelles les maladies vont s'aggravant de plus en plus et aboutissent, en définitive, à la stérilité.

On comprend en effet que l'hérédité, qui agit ~~seule~~ sur le germe lui-même qui

repose sur le fait primitif de la génération, que l'hérédité du système nerveux en un mot, exerce une action évidente sur la formation même de tous les organes. C'est là ce que les anciens appelaient = Vices formatifs. On comprend dès lors que l'hérédité nerveuse puisse produire chez les descendants d'individus atteints dans leur système nerveux, non seulement des maladies nerveuses et mentales, mais des déformations organiques portant sur tous les organes de l'économie. C'est là l'idée mère de tous les travaux de Morel et c'est sur cette idée qu'il a basé toute sa théorie des dégénérescences.

Les maladies nerveuses et mentales ne produisent donc pas seulement chez les descendants, des maladies du même ordre mais agissent sur la formation

même de tous les organes.
Les descendants des individus atteints de maladies nerveuses ou mentales ne présentent donc pas seulement des maladies du système nerveux et du moral, mais ils sont dégénérés au point de vue des autres organes de l'économie, c'est à dire que l'on constate chez eux des modifications organiques permanentes, telles que le bégaiement, le strabisme, le bec de lièvre, et en un mot des déformations de tous les organes et surtout des organes génitaux sur lesquelles j'insisterai tout à l'heure. Telle est la loi générale établie par Morel et, chose remarquable, dans le traité si important de Geoffroy St. Hilaire sur les anomalies de l'organisation et sur les difformités; ce fait général n'est même pas mentionné comme cause première de toutes les déformations organiques. C'est là l'idée absolument

neuve introduite par Morel dans la science en général et dans l'étude de l'hérédité morbide et des dégénérescences en particulier. L'influence de l'hérédité nerveuse sur les maladies des descendants s'est ainsi étendue cette mesure par l'introduction de ce nouveau principe général. C'est ainsi que Morel a compris les dégénérescences et a appliqué cette théorie à la génération de toutes les maladies nerveuses et mentales. Il a admis que la névropathie générale, l'état nerveux était le vrai point de départ de toutes les autres maladies nerveuses et mentales qui s'aggravaient successivement de dégénération en génération et aboutissaient au bout d'un certain temps à la stérilité de la race et à la suppression de la famille elle-même. Il a donc établi cette loi générale que les

familles commencent par la névropathie, arrivent ensuite à des maladies nerveuses très diverses, puis à des formes névrasthéniques, à l'imbécillité et à l'idiotisme, et enfin à la stérilité et à l'extinction de la race. Telle est la loi générale appliquée par Morel à toutes les dégénérescences et qui comprend naturellement dans ce vaste ensemble, la Folie héréditaire comme forme particulière de dégénérescence.

Je ne puis donc pas insister plus longuement aujourd'hui sur ces généralités relatives à l'hérédité. Mon but est d'arriver à préciser et à décrire les caractères spéciaux de la folie héréditaire. Et d'abord, existe-t-il réellement une folie héréditaire ? Voilà le premier point à examiner.

Beaucoup d'auteurs jusqu'à notre

époque ont nié absolument la Folie héréditaire. Pinel admettait jusque à un certain point que les aliénés héréditaires avaient des signes particuliers. Il y a même dans son livre un chapitre très court mais très catégorique sur les folies originaires. Il en est de même d'Esquirol qui, dans plusieurs passages de ses ouvrages et dans l'un surtout, cité par Morel, a tracé de main de maître quelques traits caractéristiques des Folies héréditaires. Mais, malgré ces passages isolés, Pinel et Esquirol ainsi que leurs élèves n'admettaient l'hérédité que comme une des causes générales de la Folie et ne n'admettaient pas qu'il existât une Folie spéciale en rapport avec cette cause et méritant de porter le nom de Folie héréditaire

C'est Morel qui, le premier, a introduit cette idée et ce mot dans la science et qui a cherché à démontrer l'existence de cette forme spéciale de l'existence de cette forme spéciale de la folie. Tous ces ouvrages, mémoires ou articles de journaux contiennent sur ce sujet des faits très intéressants et qui méritent d'attirer l'attention. Seulement les idées sont ordinairement exprimées sous une forme trop vague, trop générale et souvent un peu obscure, de sorte qu'elles manquent de précision et n'ont pas produit tout l'effet qu'elles auraient dû produire si elles avait exposées plus méthodiquement et plus complètement, ces idées nouvelles qu'il a réellement découvertes et propagées le premier.

Il importe donc de chercher à préciser davantage les idées de Morel et c'est ce

que je vais chercher à faire aujourd'hui
après M. Legrand du Saulle qui a pu-
blié en 1873, sur les Folies héréditaires
un mémoire très intéressant dans lequel
la plupart des idées de Morel ont été très
bien résumées. Tout récemment encore,
un jeune médecin, le Docteur Lauroy,
élève de M. Magnan a fait sur ce
sujet un mémoire qui a été couronné
par la société médico-psychologique,
mémoire encore incomplet et trop court
mais qui contient un résumé exact
et assez complet de la plupart des Lar-
ves des Folies héréditaires
La 1re question est de savoir comment
on peut établir l'existence réelle d'une
folie héréditaire? Il est certain que la
plupart des folies sont liées à l'héréd

L'hérédité est donc une cause générale qui agit sur toutes les formes de la folie. La folie épileptique, la folie hystérique, le délire de persécution en un mot toutes les formes de maladies mentales que nous avons étudiées sont très souvent héréditaires. Il faut donc faire une part très large à l'hérédité dans l'étiologie de toutes les formes de maladies mentales.

Mais ces formes de maladies mentales ont des caractères particuliers, elles sont susceptibles de description et elles ont un ensemble de caractère qui permettent de les distinguer et de les séparer des autres variétés de la folie. On ne peut donc pas leur donner le nom spécial de Folies héréditaires. C'est après avoir

ainsi défalqué successivement toutes les formes chroniques de la folie qui sont dûes souvent elles-mêmes à l'hérédité que l'on arrive enfin par une élimination successive à une dernière forme qui ne peut se caractériser que par cette étiologie spéciale, que par ces caractères spéciaux dûs à l'hérédité et aux maladies des ascendants.

C'est ainsi que, par élimination, on arrive à établir une folie héréditaire distincte des autres variétés de la Folie. On, par ce procédé, on arrive ainsi à un résultat qui paraît extraordinaire à 1re vue mais que l'observation confirme parfaitement, à savoir que les Folies héréditaires ainsi établies par voie d'élimination, sont presque identiques aux Folies raisonnantes, aux

manies sans délire aux Folies morales et aux Folies des actes, admises depuis plusieurs années par beaucoup d'auteurs qui ont écrit sur les maladies mentales depuis la fin du siècle dernier.

Cette catégorie établie par Pinel au commencement de ce siècle, a été souvent contestée par ses successeurs et elle méritait de l'être parce que les faits qu'on a fort réunis sous ce nom générique appartenaient en réalité aux catégories les plus différentes de maladies mentales. Mais après avoir retranché successivement tous les faits réunis à tort sous ce même nom générique, appris après les avoir répartis dans les formes naturelles auxquelles ils appartenaient réellement (ce que j'ai fait dans mon discours sur la Folie raisonnante) on arrive à constituer néanmoins une forme spéciale susceptible d'une description particulière

et qui mérite d'être conservée jusqu'à nouvel ordre après avoir été nettement délimitée. Or, après avoir ainsi constitué cette forme distincte symptomatiquement, on arrive à découvrir que cette folie raisonnante n'est pas autre chose que la folie héréditaire de Morel. C'est ainsi que l'on arrive par deux voies différentes à la même conclusion, à savoir qu'après avoir décrit et séparé de toutes les formes naturelles de maladies mentales par des caractères spéciaux, il reste une sorte de caput mortuum, une catégorie spéciale d'aliénés qui ne peut être délimitée et déterminée qu'en la rattachant à l'Etiologie spéciale de l'hérédité. Or, cette catégorie spéciale est surtout caractérisée symptomatiquement par le délire du caractère, le délire des

sentiments moraux, par le délire des actes et n'est pas autre chose, en définitive, que la manie sans délire de Pinel, la Folie morale de Prichard et la folie raisonnante d'Esquirol et de ses élèves.
On est arrivé par deux voies différentes au même résultat. Pinel et Esquirol et leurs successeurs y sont arrivés par la voie symptomatique et Morel avec d'autres auteurs après lui, par la voie étiologique, mais en somme le résultat définitif est le même, et dans l'état actuel de la science on doit admettre, jusqu'à nouvel ordre, que les aliénés atteints de folies raisonnantes ou de délire des actes, ne sont que des aliénés héréditaires, et l'on doit confondre aujourd'hui ces deux ordres de faits dans une même description sous le nom générique de folies héréditaires.
C'est ainsi que, selon nous, l'on

l'on doit comprendre la Folie héréditaire créée par Morel. On doit la limiter à la Folie des actes à la Folie basée sur les altérations du caractère plus que sur les altérations de l'intelligence. Nous allons donc commencer par faire cette description rapide et nous arriverons ensuite à des considérations générales sur les Folies héréditaires. Pour faire clairement cette description il faut la diviser en 3 chapitres. Signes physiques, signes tirés de l'ordre intellectuel, et signes tirés de l'ordre affectif et moral.

Signes physiques: Pour décrire les signes physiques de la Folie héréditaire il n'y a, en quelque sorte, qu'à suivre pas à pas les travaux de Morel. Ils sont dispersés dans ses différents travaux mais il nettement décrit les divers

signes soit permanents des folies héré-
ditaires. Les plus signes portent sur le
crâne et la face.
Le crane des héréditaires est presque tou-
jours déformé dans un sens ou dans un
autre. Il y aurait à cet égard des
études plus complètes à faire et qui n'
ont été que commencées par Morel.
Le crane est souvent asymétrique, une
des portions de la tête est plus développ-
pé que l'autre. Le crane est souvent
déformée, soit en avant, soit en arrière.
Dans certains cas le front est fuyant,
très bas, la tête très allongée d'avant
en arrière; dans d'autres cas au con-
traire, il y a une diminution de subs-
tance de toute la partie postérieure, il
semblerait alors que la partie postérieure
a été retranchée comme par un coup
de hache qui aurait enlevé la partie
occipitale du crane et les parties pos-
térieures du cerveau. C'est un signe

sur lequel le docteur Campagne, d'Orig. a insisté avec raison dans son traité de la folie raisonnante. Sur 13 observations groupées par lui, il y en a 11 qui présentent cette déformation, et dans lesquels le crane est comme privé de sa partie postérieure tandis que la partie antérieure est bien développée.

Il ne faut pas confondre ces vices de conformation congénitale du crane certaines déformations qui sont accidentelles telles que celles qui existent souvent en Normandie et qui sont le résultat de la compression du crane par un bourrelet dans le jeune âge peu de temps après la naissance.

Je ne puis ici qu'indiquer rapidement les principaux signes physiques n'ayant pas le temps d'insister sur chacun d'eux. A l'asymétrie du crane

correspond souvent celle de la face. La plupart des individus prédisposés par l'hérédité accumulée dans leur famille présentent une face asymétrique, un côté de la face plus développé que l'autre. Lasègue qui a beaucoup insisté sur ce fait à propos de l'épilepsie a fait observer qu'une asymétrie analogue, quoique non identique existait également chez certains aliénés et dans les dernières années de la vie il voulait faire un travail sur ces déformations auxquelles il avait donné le nom pittoresque de Chaos de la face voulant indiquer par là non seulement les déformations du squelette mais même les déformations des masses musculaires de la face. En effet, chez beaucoup d'héréditaires il y a non seulement de asymétrie des deux portions de la face mais des phénomènes variés musculaires ou nerveux des phénomènes nerveux qui se produisent

tantôt dans une partie de la face, tantôt dans l'autre. Le signe
c'est là en effet un signe très fréquent des folies héréditaires. La plupart de malades ont des tics nerveux dans les yeux, dans les paupières, dans les divers muscles ou dans le cou. Il est bon de noter en effet que les tics nerveux sont la plupart du temps très souvent liés à des maladies nerveuses ou mentales. Il en est de même du strabisme qui est très fréquent chez les descendants d'aliénés, chez les aliénés héréditaires. Le bégaiement lui-même doit être souvent rattaché à l'hérédité nerveuse. Il en de même de certaines déviations de la face, de certaines contractures passagères, de certains tics. Ainsi, rien qu'en se bornant au crane et à la face voilà déjà plusieurs signes physiques

importants et permanents, qui se rencontrent chez les aliénés héréditaires et qui n'existent pas chez les autres aliénés. Un autre signe sur lequel Morel a beaucoup insisté, après M. Toulle père, c'est la déformation des oreilles. On l'a accusé d'avoir exagéré la valeur de ce signe, mais il a réellement une véritable importance. Au lieu d'être formées régulièrement les oreilles des héréditaires présentent en effet des déformations variées. Tantôt elles sont complètement aplaties, sans saillies, l'oreille est alors comme une feuille de papier ou de parchemin, dans d'autres cas, le lobule est comme supprimé, n'existe pas ou bien n'est pas suffisamment détaché. Dans d'autres cas enfin l'oreille est très petite et ratatinée sur elle-même, ou bien les deux oreilles ne sont pas semblables, elles sont asymétriques. En un mot

les déformations des oreilles sont très fré-
quentes chez les malades prédisposés
par l'hérédité aux maladies nerveuses
et mentales. On objectera qu'il y a beau-
coup d'hommes distingués et même su-
périeurs qui présentent ces déformations
des oreilles. On peut même dire sans
blesser personne qu'il y a souvent dans
les académies à l'institut des hommes
très remarquables, supérieurs, qui présen-
tent ces déformations des oreilles. Mais
ceci ne prouve rien contre la théorie gé-
rale. Cela rentrerait plutôt dans la
théorie de M. Moreau de Tours qui
admettait que le génie n'était qu'une
forme de névrose ou une forme de l'hé-
rédité nerveuse. Ce n'est pas ici le
lieu de traiter cette question générale
mais je signale le fait en passant.
Il est remarquable en effet que

que dans les familles d' hérédités,
il existe quelquefois des individus isolés qui présentent des facultés supérieures qui font des découvertes qui sont en un mot des hommes éminents, des hommes supérieurs, mais ne sont souvent que des intelligences partielles, limitées à certaines catégories ou d'aptitudes.
Ce qui est certain, c'est que les déformations des oreilles sont un signe physique qui souvent peut mettre sur la voie de la découverte de l'hérédité nerveuse dans une famille.
Continuant l'énumération des signes physiques à signaler dans les folies héréditaires, je dois mentionner les contractures ou les convulsions partielles des muscles du cou. Il y a alors inclinaison permanente de la tête, soit à droite, soit à gauche. Il y a donc

chez les héréditaires des signes physiques qui correspondent aux altérations mentales et que l'on peut découvrir dans tous les organes de l'économie.

Morel est ainsi arrivé à relier certaines affections comme l'angine de poitrine, certaines maladies du coeur ou des organes thoraciques à l'hérédité nerveuse pathologique.

Mais c'est surtout sur les organes génitaux que doit porter l'observation.

Il y aurait à cet égard une monographie ou tout un traité à faire extrêmement intéressant, non seulement sur les déformations organiques tangibles et visibles, des organes génitaux qui sont fréquents chez l'homme et chez la femme (déformations de toutes nature, anomalies de l'organisation, hermaphrodisme, altération des sexes etc etc) je n'entre

pas à cet égard dans les détails) non seulement sur les monorchidies, kriptorchidies et toutes les altérations et anomalies spéciales des organes génitaux chez l'homme et chez la femme mais surtout sur les altérations fonctionnelles des organes génitaux, sur les perversions génitales qui sont un signe essentiel et caractéristique des Folies héréditaires. En effet, la plupart des individus prédisposés à la Folie héréditaire ou déjà atteints de cette maladie, présentent des perversions génitales. Ce sujet n'a pas encore été bien étudié. On a étudié au point de vue des lésions des organes génitaux, au point de vue local, mais non au point de vue général. Or la plupart des individus qui sont atteints d'impuissance qui présentent des perversions génitales et, par là, l'inversion des sexes sur laquelle les

Allemands et, en particulier, Westphal à Berlin, ont appelé récemment l'attention (c'est à dire l'attraction pour le sexe semblable au sien, au lieu du sexe contraire) sur des héréditaires. L'onanisme lui-même, poussé à l'extrême comme cela existe chez certains individus prédisposés est un signe d'hérédité morbide. C'est là un sujet des plus intéressants qui mérite d'attirer l'attention de tous les observateurs.

Indépendamment des altérations génitales il y a encore d'autres lésions permanentes qui sont souvent des signes d'hérédité nerveuse. Nous citerons par ex, le bec de lièvre, les hernies, les pieds bots etc, sur lesquels Morel a attiré l'attention. Toutes ces anomalies de l'organisation étudiées par les observateurs

par les naturalistes et les chirurgiens comme des déformations spéciales liées à des causes accidentelles ou accidentelles doivent être attribuées en réalité à l'hérédité morbide de nature nerveuse, ce que Morel a établi d'une manière évidente dans tous ses travaux. Signes de l'ordre intellectuel. Au point de vue intellectuel, le fait capital, c'est que les folies héréditaires présentent ordinairement beaucoup moins de troubles intellectuels, le fait capital que les autres variétés de la folie. Elles sont surtout caractérisées par des altérations des sentiments et des actes bien plus que par des troubles de l'intelligence. Elles sont lucides, comme l'a très bien dit M. Trélat père. Ce sont des folies dans lesquels l'intelligence conserve toute son activité et même une activité supérieure

tous certains rapports. La plupart des hé-
réditaires ont, en effet, des facultés ém-
nentes mais isolées et partielles. Ils
font par exemple très bien doués tous
le rapport de la musique, du calcul
de la mécanique, des mémoires spéciale
s et c. Il y a des héréditaires qui
ont une mémoire extraordinaire, une
mémoire sur certains points, par ex.
sur les dates, les mots, les énénemen
historiques et c. Ce sont là des facu
tés spéciales qui se développent ordin
rement dès l'enfance et qui sont mêm
souvent très développées chez les enfan
Ex. le jeune Mondeux qui a été
présenté à l'institut il y a une 1sp
d'années comme un etre exceptio
nel au point de vue du calcul. O

c'était un épileptique et un héréditaire et chez lui (chose remarquable qui arrive souvent dans ces cas) cette faculté spéciale, éminente, hors ligne, s'est éteinte peu à peu à l'âge de la puberté; il est tombé dans l'idiotisme et cessé de posséder cette faculté qu'il avait à un si haut degré dans son jeune âge. Ce sont là des faits qui se produisent assez fréquemment pour ces facultés spéciales. Mais d'autres héréditaires les conservent pendant toute leur vie, et c'est ainsi que l'on voit des musiciens, des mathématiciens, des hommes éminents, au point de vue de certaines facultés spéciales, être du reste, sous beaucoup d'autres rapports, des hommes relativement faibles d'intelligence et présentant en même temps des perversions morales, des excentricités, des bizarreries de caractère qui

attirent l'attention de tous, malgré l'é-
minence de leurs facultés spéciales.
C'est là un caractère essentiel des pré-
dispositions héréditaires, qui se manifeste dès
le jeune âge et peut se perpétuer pen-
dant toute la vie. Mais ces anomalies in-
tellectuelles ne sont pas les seuls troubles
intellectuels que l'on observe chez les dé-
générés héréditaires.
Il y a souvent dans l'intelligence des
troubles spéciaux qui méritent d'attir-
rer l'attention qui, dans certains
cas, sont encore à un degré physio-
logique, mais qui peuvent arriver au
point de caractériser une véritable
maladie mentale. Au degré, en quel-
que sorte, physiologique nous avons
d'abord les inventeurs; c'est là une
variété spéciale d'héréditaires. Les
membres de l'institut, chargés dans

les commissions d'examiner les personnes qui se présentent pour se faire récompenser pour des découvertes nouvelles, connaissent très bien ces types d'individus spéciaux au point de vue de leurs prétentions aux inventions. Plusieurs fois j'ai entendu Claude Bernard donner à Morel des détails très intéressants sur le caractère bizarre, capricieux et extraordinaire de la plupart de ces inventeurs qui viennent demander des prix ou des récompenses aux commissions de l'institut. Claude Bernard avait, sur ce sujet, des séries d'anecdotes qui ont fourni à Morel des documents intéressants pour l'étude de ces inventeurs appartenant à des familles d'héréditaires. Ce sont, en général, de fous inventeurs, mais souvent cependant ils découvrent des choses très intéressantes et très utiles, mais

leurs découvertes sont partielles, incomplètes, insuffisantes, mal coordonnées, et le plus souvent ils ne sont pas capables d'amener ces découvertes à bonne fin, à un résultat pratique. Ils ont besoin d'être aidés par d'autres intelligences pour pouvoir compléter ces découvertes partielles qu'ils ont trouvées comme instinctivement. Il y a donc toute une catégorie d'inventeurs qui mériteraient d'être étudiés spécialement et qui appartiennent tout naturellement à la grande famille des héréditaires.

Il y a donc toute une catégorie d'inventeurs qui ressemblent à d'autres malades du même genre qui sont des hypochondriaques. En effet, beaucoup d'hypochondriaques appartiennent à la grande classe des héréditaires, mais la plupart de ces hypochondriaques, tout

d' une nature spéciale et mériteraient d' être étudiées séparément. L' hypocondrie des héréditaires est, en effet, très spéciales. Elle porte sur des faits tout à fait absurdes au lieu de porter, comme les hypochondries ordinaires, sur les maladies comme du poumon, du coeur, du foie etc, sur la syphylis etc; les hypochondriaques héréditaires, au contraire, vous disent que leur sang est figé, que leur sperme est passé dans leur sang etc etc En un mot, ils ont des idées étranges, absolument absurdes, qui ne supportent pas l' examen et qu'ils racontent sans être révoltés par leur absurdité etc. D' autres malades présentent dans le degré de leur intelligence et dans le degré de leur trouble intellectuel, selon les moments où on les observe. Ils ont des périodes d' excitation et

et de dépression, des périodes pendant lesquelles leur intelligence est surexcitée, comme dans la forme circulaire et dans d'autres périodes, au contraire, leur intelligence est ralentie dans son mouvement, ce qui les fait ressembler sous ce rapport à de véritables circulaires. Aussi Morel soutenait-il l'opinion que la forme circulaire des maladies mentales n'existait pas comme forme spéciale et que la circularité n'était qu'un caractère fréquent des folies héréditaires. Il avait raison au point de vue de ces formes mal caractérisées de dépression et d'excitation, modérée et sans régularité, ... mais il avait tort au point de vue des cas nets et bien caractérisés de folie circulaire qui représentent bien -

une variété spéciale et bien distincte de maladie mentale. Enfin, d'autres maladies appartenant également à la folie héréditaire sont encore plus troublés au point de vue intellectuel. Ceux-là ont franchi complètement la limite de l'état physiologique de la simple prédisposition pour entrer en plein sur le terrain de la maladie.

Les malades héréditaires ont des idées délirantes vraiment spéciales. Ils ont des idées absurdes qui surgissent inopinément. Elles naissent on ne sait comment, sortent comme d'une boîte à surprise et une fois installées brusquement dans l'esprit des malades, y restent pendant longtemps avec une fixité et une opiniâtreté désespérante! Il y a dans le mode de production des idées fausses chez les héréditaires un caractère spécial sur lequel

on n'a pas assez insisté et qui mérite d'être signalé comme l'a déjà fait Magnan. Or, chose remarquable, ces malades qui s'éprennent tout-à-coup d'une idée fausse, d'une idée fixe, qui la croient avec une conviction ardente et profonde pendant longtemps, ces malades, malgré cette fixité prolongée peuvent changer tout-à-coup d'idées. Un beau jour, l'idée disparaît aussi vite qu'elle était venue. Après plusieurs mois et même plusieurs années de durée, cette idée fixe absurde disparaît souvent tout-à-coup pour faire place à une autre que acquiert, à partir de ce moment, le même degré de fixité. C'est là un caractère important des folies héréditaires sur lequel il importe d'attirer l'attention, comme

l'a déjà fait M. Magnan, et son élève, le Docteur Laury.

D'autres malades héréditaires arrivent aussi au délire de persécution et d'orgueil, mais ces délires ne se présentent pas chez eux avec les mêmes caractères que chez les malades dont je vous ai parlé dans la séance précédente ; Le délire, au lieu d'être systématisé, coordonné et de parcourir les diverses périodes que je vous ai signalés dans le délire de persécution essentiel, consiste dans des idées fixes de persécution ou d'orgueil, qui restent au même degré, sans modification depuis le moment de leur apparition et qui sont comme isolées au milieu d'une intelligence restée presque saine dans son ensemble. Ces états mériteraient une description spéciale que je n'ai pas le

temps de faire aujourd'hui, mais je tenais à vous les signaler en passant et à vous montrer ainsi que, soit dans l'état de simple prédisposition, soit dans l'état de folie héréditaire confirmé, l'intelligence elle-même quoique moins atteinte, que dans les autres formes de la Folie, ne reste pas indemne, et que même dans les folies dites lucides ou raisonnantes, il y a des troubles généraux de l'intelligence des idées fausses, des conceptions délirantes et que par conséquent le trouble de l'intelligence existe dans toutes les variétés de la Folie aussi bien dans les folies héréditaires ou raisonnantes que les autres formes de la Folie ordinaire.

Signes tirés de l'ordre moral.

Ces signes sont les principaux des folies

héréditaires. Tous ces malades ont en effet des perturbations quelconques des affections, des sentiments et des penchants. Ce sont de mauvais caractères, des hommes égoïstes et orgueilleux, comme l'a dit avec raison Mr Campagne dans son livre. Mais comme on ne doit pas se borner à ces phrases générales à ces mots vagues qui s'appliquent aussi bien aux caractères de l'état normal qu'à des caractères pathologiques pour décrire les troubles des sentiments chez les héréditaires ; il faut aller plus loin ; il faut rester dans le domaine clinique et ne pas se borner à faire des descriptions psychologiques.

C'est le tort qu'a eu le docteur Campagne dans son traité, du reste très intéressant

des Folies raisonnantes. Il faut étudier plus profondément le trouble des sentiments et des affections. Chez les aliénés héréditaires. Eh bien, ces aliénés sont surtout remarquables par l'absence complète du sens moral, par le cynisme par l'orgueil, par l'égoïsme poussés à l'extrême et toute la vie, toutes leurs actions, tous leurs gestes, leurs attitudes leur manière d'être, dans leurs actes en un mot, se ressentent de cette lacune fondamentale dans leur nature morale. Il y a là un véritable vice de nature, une lacune morale complète et tandis que, sous le rapport de l'intelligence, ils sont généralement bien doués sous le rapport des sentiments des affections et du moral

ils sont, au contraire, presque complètement nuls. Ils ont, sous ce rapport, de profondes lacunes, qui touchent presque aux limites de l'idiotisme et de l'imbécillité ; car, pour le dire en passant, la folie lucide, la folie raisonnante ou la folie héréditaire, qui paraissent à première vue, les plus voisines de l'état de raison sont, en réalité, au point de vue clinique les plus voisines de l'imbécillité ou de l'idiotisme. C'est en cela que Morel a eu parfaitement raison de rattacher ces formes raisonnantes, aux dégénérescences c'est à dire aux formes de débilité mentale, d'imbécillité et d'idiotisme au lieu de les placer au sommet de l'échelle de la Folie, comme le faisaient Pinel, Esquirol et leurs

éleves. En réalité ces formes raisonnantes et héréditaires doivent être placées au bas de l'échelle de la Folie et non au sommet, à côté des débilités mentales des Folies par absences de facultés au lieu d'être rapprochées de l'état de raison ou du génie comme a cru devoir le faire jusqu'à présent bien à tort. Il faudrait beaucoup de détails et citer des observations particulières pour faire bien comprendre, par l'observation clinique, les troubles des affections, des sentiments moraux dans la folie héréditaire. Il faudrait décrire toute la vie de ces malades et c'est ce que je vais chercher à faire tout à l'heure en vous parlant de la marche de cette forme de la Folie

Actuellement, je ne puis insister que sur les actes comme indiquant les perturbations des sentiments et des penchants dont ils sont la manifestation la plus frappante. Les actes des héréditaires peuvent être divisés en deux catégories, les actes bizarres, excentriques, désordonnés, ridicules, grotesques, et les actes dangereux et criminels, susceptibles de conduire ces malades devant les tribunaux.

Les actes grotesques, ridicules, bizarres sont innombrables. Il y aurait à faire, sous ce rapport, une description d'ensemble que Morel a commencée en publiant des observations particulières très intéressantes sur ces actes bizarres des héréditaires.

Brelat père, dans son livre sur la folie lucide a collectionné un certain nombre de faits curieux sous ce rapport. Ainsi il rapporte l'histoire d'une femme qui passait sa vie à collectionner des petits papiers dans lesquels elle enfermait

Tous les produits excrémentiels. Il y a une série d'actes curieux que l'on a réunis sous le nom de maladie du toucher. Ces malades présentent toute une série d'actes ridicules que je vous décrirai à propos de la folie avec conscience.

Ces actes excentriques, grotesques, sont un des signes importants de la folie héréditaire. Mais à côté de ces actes inoffensifs et simplement ridicules, il y a des actes dangereux, des actes impudiques, des actes obscènes, des actes de vol, d'incendie ou de meurtre. Les héréditaires sont souvent conduits devant les tribunaux pour des actes de ce genre. Chose remarquable, ces actes se produisent ordinairement dans des conditions identiques. Ils sont presque tous sans motifs. Au lieu d'être provoqués par des conceptions délirantes, comme chez les persécutés et les alcooliques

au lieu d'être produits au milieu d'un trouble général des idées comme chez les épileptiques, ces actes sont commis avec conscience, avec souvenir, avec précision et quelquefois, avec préméditation, mais ils sont commis en vertu d'une impulsion ou d'un instinct, d'une impulsion au meurtre, à l'incendie, au vol, etc. Ce sont ces actes que l'on a décrits autrefois sous le nom de monomanie instinctive du meurtre à l'incendie ou au vol. Les Dipsomanes, les monomanes incendiaires et les monomanes homicides, sont en réalité des déséquilibrés qui sont poussés à des actes violents, par périodes, par accès, mais par une impulsion instinctive, irrésistible et instantanée, non motivée. Aussi quand une fois l'acte est accompli, il y a chez eux comme une détente dans leur état général. Ils se livrent d'eux-mêmes

à la justice ; ils ne savent pas, ils ne cherchent pas à se justifier ; ils ne cherchent ni raison ni prétexte pour expliquer leurs actes. Ils déclarent qu'ils y ont été poussés par une force supérieure à leur volonté. Il y a là un caractère général des actes criminels accomplis par les héréditaires qui mérite d'être signalé.

Je voudrais avoir le temps d'entrer dans les détails qui seraient nécessaires pour bien caractériser les troubles des sentiments et des penchants et la nature des actes chez les héréditaires. La folie héréditaire est donc caractérisée par 3 ordres de signes : Signes physiques, de l'ordre intellectuel et de l'ordre moral seulement. La grande difficulté dans ces cas consiste à découvrir des caractères pour bien distinguer la simple prédisposition de la folie confirmée. C'est

là le point vraiment délicat pour le diagnostic et qui aurait besoin d'une étude plus complète et plus attentive. Beaucoup d'héréditaires, en effet, passent leur vie dans l'état de simple prédisposition ; ils sont des excentriques, des originaux, des gens bizarres ; ils ne sont pas encore des aliénés. Pour en faire des aliénés, il faut des caractères plus déterminés, plus précis, plus certains. C'est là un point qui mériterait d'être mieux étudié cliniquement, d'une manière plus précise qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour. Ce qui caractérise surtout la Folie héréditaire, c'est le désordre des actes, c'est l'altération des penchants d'abord et, plus tard seulement, les conceptions délirantes. Quand ces malades arrivent à avoir des conceptions délirantes, des conceptions hypochondriaques, des idées de persécution, de grandeur. L'existence de la

folie est alors incontestable pour tous, mais il n'en est pas de même dans la plupart des cas, où il n'y que le délire des actes et le trouble prédominant des facultés morales. C'est là l'un des points les plus difficiles du diagnostic de la folie. Mais pour ce diagnostic il faut se baser, comme je l'ai toujours dit, sur l'ensemble des symptômes réunis chez un même individu et sur la marche générale de la maladie. Or, c'est la marche de la folie héréditaire qui va nous occuper actuellement et qui est le véritable criterium pour distinguer la raison de la folie.

Marche de la folie héréditaire. Cette marche est très curieuse à observer. Elle commence, en général, dès l'enfance. Les enfants nés de parents ayant eu des né-

roses ou des maladies mentales dans des familles où l'hérédité est accumulée depuis longtemps des maladies nerveuses et mentales a été accumulée pendant plusieurs générations, présentent, en général, dès leur bas âge, des dispositions spéciales. Ils ne peuvent pas vivre en commun. On les met dans des pensions, dans des lycées; on cherche à les élever dans la famille et l'on ne peut arriver à rien obtenir d'eux. Ils sont indisciplinés, revêches, colères, difficiles à vivre, inégaux d'un moment à l'autre, incorrigibles, ingouvernables. Les professeurs comme les parents échouent presque toujours dans la direction à leur imprimer. On les change de pension, on ne peut arriver à rien. Ils sont variables, bizarres, différents de tous les enfants de leur âge; ils s'isolent, ils sont frisques, sauvages, incoisants, colères, violents, or-

querelleurs, vagabonds, ne pouvant tenir en place, en un mot insupportables. Ils ont souvent des instincts de cruauté et de férocité pour les animaux. En un mot, ils ont, dès leur jeune âge, des dispositions mentales et morales tout à fait particulières. Mais c'est surtout au moment où approche l'époque de la puberté que l'on commence à constater chez eux des phénomènes vraiment pathologiques. Ces phénomènes se manifestent dans l'ordre nerveux et dans l'ordre mental. Ils éprouvent des symptômes choréiformes, des convulsions partielles ou générales du délire pour le plus simple prétexte. Ils ont du délire à propos d'un coryza, d'une simple fièvre éphémère et ils éprouvent souvent des délires très intenses et très continus. Ils ont alors des accidents cérébraux variés bizarres

singuliers, qui déroutent le diagnostic et
qui déroutent le diagnostic et le pronostic
des médecins. C'est là un fait sur le
quel Morel a insisté avec beaucoup de
raison. Ces malades qui semblent légère
ment atteints peuvent mourir subitement
d'autres au contraire, paraissent très gra
vement atteints, on annonce leur mort et
ils guérissent, reviennent à l'état normal
au bout de très peu de temps. Il y a chez
eux des maladies à surprises qui dé
jouent toutes les prévisions des médecins
les plus exercés. C'est là un des carac
tères les plus remarquables de ces folies
de la Puberté. de ces folies du jeune âge
qui accompagne commencent quelquefois
à douze, treize ou quatorze ans, même
avant le développement physique de la
puberté. C'est là un fait très important

à noter dans la marche des folies hérédi-
taires ont eu des accidents nerveux ou
cérébraux très bizarres et des accès de
délire, avant ou pendant le développement
de la puberté très souvent aussi, ils ont
à cette époque, des méningites ou des ac-
cidents cérébraux graves qui les emportent;
d'autres, au contraire, traversent cette pé-
riode très difficile de l'enfance et de la
puberté et vers 16, 17 ou 18 ans, les
jeunes filles, comme les jeunes gens, subis-
sent alors dans leur état une transforma-
tion radicale sur laquelle il importe d'ar-
rêter l'attention. Il se produit alors, dans
le chemin de leur vie comme une bifurca-
tion et ils jettent alors suivre deux
voies différentes, les uns marchent vers
la démence précoce, vers l'imbécillité et

l'idiotisme ; les autres, au contraire, vers le délire des actes, vers la folie raisonnante, vers la folie héréditaire. Les uns, comme certaines jeunes filles hystériques, arrivent rapidement à la démence précoce, à l'imbécillité ou à l'idiotisme. Nous avons dans tous les asiles d'aliénés, un grand nombre d'individus de cette catégorie, qui ont eu un délire maniaque, un délire excité à l'époque de la puberté avec des phénomènes nerveux, hystériformes ou choréiformes et qui, au bout de peu de temps arrivent à la débilité intellectuelle et à la démence précoce le plus souvent accompagnée de salivation et de malpropreté. Ces malades quoique très jeunes, restent incurables et passent ensuite toute leur vie dans cet état de démence

et de stupidité. D'autres, au contraire, marchent vers la folie raisonnante ou héréditaire. Ce sont ceux-là qui sont aujourd'hui l'objet de notre étude. Ces malades, ont alors une activité désordonnée. Ils ont besoin de changer de position, de profession. Ils ne peuvent se soumettre à aucune règle; ils s'engagent dans la marine ou dans l'armée et se font traduire devant les conseils de guerre où ils se font condamner, ou ils sont graciés après avoir été condamnés. En un mot, ils échappent d'une manière ou d'une autre aux lois de la discipline. Ils échappent à l'armée à la marine, entrent dans un couvent, font des voyages, font le tour du monde, se livrent aux actes les plus excentriques, passent

par les professions les plus diverses. On a vu des malades de ce genre à l'âge de 25 ou 28 ans, avoir déjà fait huit ou 10 professions différentes. Ils changent à chaque instant de situation, ils se font pas. tôt pour des modèles de vertu et, dans d'autres moments, ils s'abandonnent à tous les excès, ils passent ainsi par les situations morales et sociales les plus diverses Quelquefois enfin ils se marient et alors au bout de peu de temps, ils abandonnent leur femme pour aller vivre avec d'autres en un mot ils ont l'existence la plus singulière, la plus vagabonde et la plus inexplicable

C'est là le caractère principal des aliénés héréditaires

Mais à ces caractères tirés de la marche

il faut ajouter des caractères physiques et principalement les perversions génitales dont je vous ai parlé tout à l'heure et qui existent chez presque tous sinon chez tous ces malades. Mais indépendamment de ces perversions génitales, si importantes à connaître, il y a de temps en temps chez ces malades, pendant le cours de la vie, des accidents cérébraux nerveux, convulsifs ou délirants qui sont un caractère physique très important de ces folies héréditaires et un fait capital à signaler dans la marche de leur maladie. Chez ces individus qui passent souvent pour de simples excentriques, il se produit souvent des accès subits de troubles cérébraux intenses du délire pour le plus simple prétexte, des ac-

cidents nerveux ou choréiformes, accès de maladie cérébrale qui peut entraîner la mort, mais qui, d'autres fois, guérit très rapidement et aboutit au retour pur et simple à l'état antérieur. Or ces malades ont souvent plusieurs fois dans leur vie des accidents cérébraux très graves qui sembleraient devoir entraîner leur mort et qui guérissent comme par enchantement. On n'a pas assez insisté sur l'existence de ces accès intenses de troubles généraux qui existent souvent chez les héréditaires et constituent un symptôme important de leur maladie qui se reproduisent à divers intervalles et qui, après avoir guéri plusieurs fois, finissent par entraîner la mort. Les héréditaires meurent souvent de bonne heure et par

des accidents cérébraux, soit de l'ordre moteur ou sensitif, soit de l'ordre mental. Ce sont là des faits très importants à noter pour rattacher cette maladie à toute la pathologie cérébrale, pour prouver que c'est bien une maladie et non une simple déviation de caractère et pour décrire exactement cette forme spéciale de maladie mentale. Ces accidents physiques sont de la plus haute importance et nous devons citer, à ce propos, le cas du célèbre avocat Jaubert qui a tant attiré l'attention sous l'empire et soulevé des discussions si nombreuses et si passionnées. Et bien, Jaubert a éprouvé plusieurs fois dans sa vie des accidents de cette genre et a succombé à une attaque

congestive à la suite de laquelle on a constaté à son autopsie l'existence de 2 foyers apoplectiques antérieurs.
Je voudrais insister plus longuement sur la marche de la folie héréditaire mais le temps me presse et je veux seulement en tirer cette conséquence que ces folies héréditaires sont souvent rémittentes et qu'elles présentent souvent des accès intenses de courte durée qui sont remplacées par un simple retour à l'état antérieur. Les folies héréditaires sont donc toutes essentiellement rémittentes. C'est là un fait important pour le pronostic de l'accès qui n'est pas aussi grave que l'on pourrait le croire tout d'abord. On a dit souvent que les formes héréditaires des maladies mentales étaient

toujours incurables. C'est vrai de l'ensemble de la maladie, mais c'est plus vrai s'il s'agit des accès qui peuvent guérir au moins momentanément. Du reste, ces maladies sont réellement graves par elles mêmes, au point de vue des rechutes et au point de vue des rechutes et au point de vue de l'espèce par la stérilité et la destruction de la famille qui peut arriver après plusieurs générations.

Le temps me presse et je veux résumer d'une manière rapide, les caractères de manière rapide, principaux des folies héréditaires, qui peuvent permettre de les distinguer de toutes les autres.

Le premier de ces caractères c'est qu'elle sont essentiellement rémittentes intermittentes. Toute folie héréditaire est une folie

à surprises, une folie dans laquelle il y a des accès intenses et qui sont remplacées par un retour à peu près complet de la raison.

Un 2me caractère, c'est qu'elles sont toutes plus ou moins lucides. Malgré le trouble assez étendu de l'intelligence qui peut survenir dans certains moments l'intelligence générale des héréditaires est bien conservée, ils peuvent raisonner sur tous les sujets, ils ont des jugements faux, mais ils raisonnent avec une grande facilité d'élocution et ce sont des fous raisonnants, des fous lucides; aussi leur folie est-elle souvent contestée.

Le 3me caractère consiste dans ce fait que ces folies n'aboutissent presque jamais à la démence. Excepté dans les cas où

que j'ai signalés à la suite de la plupart faits dans lesquels il se produit une dé mence précoce, les folies héréditaires de l'âge adulte n'aboutissent presque jamais à la démence. Les malades meurent dans des accès cérébraux graves, mais après avoir conservé, pendant toute leur vie, l'activité de leur intelligence.

Le 4me caractère, c'est qu'elles sont surtout caractérisées par le délire des actes et par les troubles des sentiments et des penchants. Un autre caractère est celui que j'ai déjà signalé précédemment c'est que ces folies ne présentent presque jamais d'hallucinations. Ce symptôme si fréquent dans d'autres formes de la folie et, en particulier, dans le délire de persécution, est extrêmement rare dans

la folie héréditaire. Ces malades ne présentent d'hallucinations d'aucun sens, à aucune période de leur maladie, excepté peut-être pendant les accès passagers de trouble mental très intense.

Enfin, un dernier caractère est tiré de la nature des idées délirantes, quand elles existent et leur mode de production. Comme je vous le disais tout à l'heure ces héréditaires sont souvent pris tout-à-coup d'une idée fausse, d'une ou plusieurs conceptions délirantes qui surgissent tout-à-coup, comme d'une boîte à surprises, qui s'installent dans l'esprit, y règnent en maîtresse, pendant plusieurs mois, ou même plusieurs années et qui disparaissent ensuite presque aussi rapidement qu'elles se sont produites, pour être remplacées par d'autres idées

qui acquièrent la même fixité. C'est-là un caractère fréquent des folies héréditaires à une période plus avancée.

A tous ces caractères tirés de l'ordre moral, il faut ajouter tous ceux de l'ordre physique que j'ai déjà décrits tout à l'heure et qui peuvent être divisés en caractères physiques permanents et en caractères physiques temporaires.

Les caractères permanents sont toutes les déformations organiques dont je vous ai parlé, ainsi que les perversions génitales.

Les caractères accidentels ou temporaires sont ces accidents cérébraux intenses, convulsifs ou délirants qui surviennent, à longs intervalles dans le cours de l'existence de ces malades et qui tuent, à la fin, entraînent la mort de ces malades

Tous voyez donc qu'il y a là un ensemble de caractères physiques et moraux très importants qui permettent de distinguer dès à présent dans l'état actuel de la science, la folie héréditaire des autres espèces de folie. Quand on élimine dans un asile d'aliénés, les paralytiques généraux, les persécutés, les hystériques, les épileptiques, les alcooliques, les mélancoliques et les maniaques, ainsi que les malades atteints de formes moins fréquentes mais cliniquement bien décrites de maladies mentales, on arrive enfin à un groupe qui, jusqu'à présent ne pouvait recevoir aucune dénomination spéciale, un exposé nombreux de faits que l'on ne savait où classer. Ce groupes de faits recevait autrefois le nom

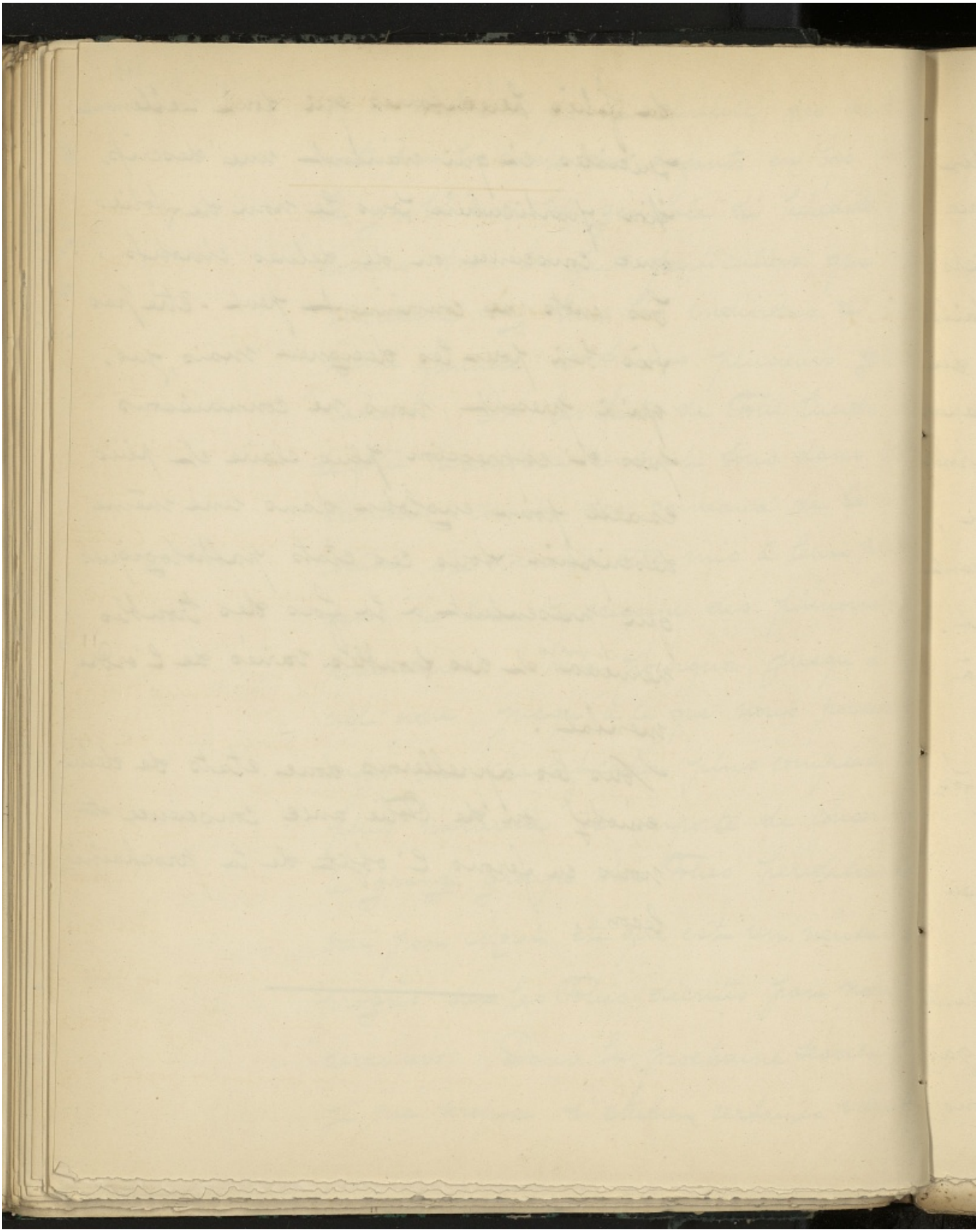
vague d'excitation maniaque. Ce mot ne représentait absolument aucune idée médicale ni clinique. C'était l'enfance de l'art. Eh bien, aujourd'hui, grâces aux travaux de Morel, nous sommes arrivés à plus de précision dans le diagnostic et la description de ces cas difficiles de manie sans délire ou de folie raisonnante. Tous ces faits appartiennent au grand groupe des Folies héréditaires. Ils sont liés à l'hérédité morbide chez les ascendants et chez les descendants, ils sont un des anneaux de la grande chaîne des transformations héréditaires. Ce sont des malades appartenant à la grande famille des aliénés à hérédité accumulée. Il faut donc rattacher l'individu à l'espèce et à la famille

Il faut rechercher quels ont été les ascendants et quels seront les descendants. C'est une longue chaîne non interrompue qui présente une certaine irrégularité entre ses divers anneaux qui présente des oscillations et des variantes dans son évolution mais qui est cependant continue et progressive dans son ensemble. On descend ainsi progressivement tous les degrés de l'échelle intellectuelle et des perturbations morbides.
On commence par l'état névrosique proprement dit, on arrive peu à peu aux diverses névroses et aux diverses névranies, puis aux diverses névranies, puis aux folies raisonnantes, hystériques et épileptiques enfin, en descendant toujours on arrive à l'imbécillité et à l'idiotisme. Il y a comme une chaîne non interrompue d'états maladifs successifs, s'aggravant de plus en plus, pour arriver enfin à la stérilité et à l'extinction

de la race soit par la stérilité des parents, soit par la mort des enfants en bas âge. Il y a là une loi générale d'hérédité qui domine tous les faits particuliers qui se succèdent chez tous les individus d'une même famille à travers plusieurs générations. Or, les faits de folie lucide ou de folie héréditaire rentrent tous dans cette famille, comme des anneaux de la même chaîne et doivent être mis à leur place dans la série successive des phénomènes héréditaires. Voilà pourquoi, jusqu'à nouvel ordre, jusqu'à ce que nous possédions enfin une classification plus complète et plus naturelle, il importe de conserver le grand groupe des folies héréditaires créé par Morel et qui est un véritable progrès sur les folies décrites par nos devanciers. Dans la prochaine séance, je me propose d'étudier certaines variété

de folies héréditaires qui sont réellement spéciales et qui méritent une description particulière sous le nom de folies avec conscience ou de délires émotifs. Ces mots ne conviennent peut-être pas très bien pour les désigner mais, jusqu'à présent, nous ne connaissons pas d'expression plus claire et plus exacte pour englober dans une même description tous ces états pathologiques qui présentent à la fois des troubles nerveux et des troubles variés de l'ordre mental.

Nous les appellerons donc états de délire émotif ou de folie avec conscience et nous en ferons l'objet de la prochaine leçon.



Leçon sur l'Alcoolisme en 1869-1870.

Abus des Alcooliques très répandu dans tout l'univers, mais surtout dans les régions septentrionales.

Magnus Huss analysé en France par Renaudin et Lasègue. Il faut diviser l'étude en 2 classes : Alcoolisme aigu et Alcoolisme chronique. Indiquer simplement l'ivresse comme 1er degré de l'état aigu et à titre de comparaison vis à vis du delirium tremens.

1° Etiologie. Conditions particulières où se trouvent les individus intoxiqués et variété des boissons absorbées.

Il n'est pas donné à chacun de s'enivrer avec les mêmes doses. L'individualité de chacun joue un grand rôle sous ce rapport. Il en est de même l'alcoolisme comme de l'ivresse. Il y a donc catégories, ceux qui résistent à fortes doses

de ceux qui n'en ont besoin que de
fort minimes : Aphorismes établis par
Morel tous ce rapport au point de vue
de la prédisposition héréditaire. Disp
sition à boire ou dipsomanie. Détail
à ce sujet. 2me Condition, nature du
liquide ingéré : vin, eau de vies vari
boissons alcooliques, absinthisme / Mo
3e Condition : mode d'administration
boire le matin à jeun ou en mangeant
d'une manière continue ou intermit
Tendance de ch : idées de Lasègue à
cet égard.
2e Description clinique des diverses fo
mes de l'alcoolisme.
Lypémanie alcoolique ou délire subaig
de Lasègue — Peu étudiée avant lui
Période prodromique : Nocturnes et fré
quentes pour leur santé, symptômes ga
triques ; insomnie, cauchemars, vertig

anxiété physique et morale ; démangeai-
sons, fourmillements, rêves, perceptions
subjectives se transformant peu à peu en
hallucinations, terreurs, craintes, imagi-
naires, fantômes et, peu à peu, véritable
délire. Alors, ils sont se plaindre et se
font arrêter avec des idées délirantes déter-
minées roulant sur un sujet princi-
pal, sur des accusations imaginaires,
ils croient qu'on veut les tuer, entendent
des détonations etc etc. Actes violents
et surtout suicide. Actes homicides
et jalousie. Cet état mélancolique est
le demandif de l'état plus violent au
quel on a donné le nom de delirium tre-
mens.

Delirium tremens ou délire alcoolique
à forme maniaque. C'est un délire
des plus violents. Description rapide
d'un accès. Il y a des prodromes, de
15 jours à 3 semaines, qui ne sont

souvent que la hypémanie alcoolique ci-dessus décrite.

Description détaillée de l'accès = terreurs instinctives. Visions qui marchent, animaux, insectes, hallucinations de l'ouïe qui poussent à l'action, besoin de se sauver et de fuir. Le malade est conscient avec son délire; il veut échapper. Il peut suspendre momentanément son délire pour causer avec les assistants, mais bientôt il reprend le dessus. Les accès sont d'une extrême violence, langue sèche, soif ardente. Sueurs abondantes, fusées. Insomnie absolue pendant plusieurs Jours, pendant tout l'accès. Période de sommeil et de torpeur qui annonce la guérison; après 24 ou 36 Hres, réveil et retour à la raison, avec souvenir très incomplet de l'accès. Malade très affaibli.

3° Etat d'obtusion et de lèthargie de l'alcoolisme chronique.

Phénomènes physiques dans le système nerveux et dans les autres organes. Ces phénomènes surtout bien étudiés par Magnus Huss qui a admis plusieurs formes pour la facilité de l'étude. Formes anesthésiques et hyperesthésiques, fourmillements, engourdissements, douleurs, secousses, refroidissement des extrémités. Formes parésiques: faiblesse musculaire surtout dans les extrémités des bras et des jambes remontant vers le centre, tremblement, fait capital: au réveil, diminuant plus tard, partiel ou général; commence par les extrémités et, dans dans les cas extrêmes, devient une tremblation générale: pour le reconnaître, mettre la main sur l'épaule, tremblement du cou et de la tête, muscle de la face, langueyte

Le malade laisse tomber les objets, sur-
tout les doigts ; absence de précision et de
coordination ; il ne peut plus écrire ni se
livrer à aucun travail délicat. Dans dés
cas, contractures, raideurs, convulsions
partielles et même attaques épileptiques
qui peuvent durer même après la cessation
de la cause.

Fonctions diverses de l'économie 1° digestion, dyspepsies ; perte d'appétit, langue sale, vomissements surtout le matin, petits phénomènes pénibles auxquels le malade cherche un remède en reprenant de l'alcool ; plus tard, gastrites, entérites, ulcérations et lésions variées de la muqueuse, coliques, diarrhées. Travail de Lendet.

Lésions du foie ; cirrhose ; foie graisseux rare, lésions des reins, inf. des séreuses rhumatisme et delirium tremens.

Diagnostic différentiel. Délire maniaque

divers délires toxiques. Paralysie générale. Phénomènes physiques, symptômes psychiques et marche de la maladie, énumération des principaux signes différentiels Bromodie. Pas grave pour l'acte, mais grave par les rechutes, pour l'individu lui-même et pour sa descendance. Anatomie pathologique. Epaississements, opacités des méninges, analogies avec la paralysie générale et les lésions des vieillards. On arrivera plus tard à mieux déterminer les lésions spéciales à l'alcoolisme.

Influence de l'alcoolisme sur les générations Individus qui engendrent en état d'ivresse produisent des enfants atteints de diverses maladies nerveuses ou de difformités. Dr Contesse et autres. Enfants qui meurent en bas âge, ont des convulsions ou des méningites. Quand ils survivent, ils sont imbéciles ou

idiots ou nevropathiques aboutissent aux prisons ou aux asiles d'aliénés. Ils sont remarquables pour leurs mauvais instincts ou leurs penchants vicieux. Cruels, féroces, et l'on verrait des accidents plus graves si la race ne s'éteignait pas bientôt par les morts en bas âge et par la stérilité des parents.

Médecine légale de l'alcoolisme.

Auteurs anciens et modernes de jurisprudence ont deux points de vue bien différents : Les uns circonstances aggravantes, les autres, atténuante. Il faut distinguer l'ivresse et les divers degrés de l'alcoolisme. Si l'individu a agi sous l'empire d'un accès de délire alcoolique, il faut l'examiner comme un aliéné, mais les cas mixtes sont difficiles et il faut juger séparément chaque particulier. Il en est de même pour les testaments faits pendant les intervalles des accès

Séquestration. Mêmes principes. Il faut juger chaque cas particulier. Difficultés très grandes pour les sorties. Chaque médecin a son criterium différent à ce sujet. On ne peut poser de règle absolue, ni les renvoyer de suite ni les garder indéfiniment enfermés. Donc, en résumé, pour la médecine légale, comme pour la séquestration il faut se décider d'après les cas particuliers et ne pas poser de principe général et absolu.

Leçon sur l'Alcoolisme
en 1868 - 1869.

Nous avons surtout à envisager l'alcoolis
au point de vue du délire. Le délire al
coolique a été l'objet d'études nombreus
est très fréquent et entraîne des conséque
graves, au point de vue de la médecine
légale et de la séquestration
Il doit être étudié dans l'alcoolisme
aigu et dans l'alcoolisme chronique
et tenir compte des symptômes psychi
ques et des symptômes physiques
Le delirium tremens, l'une des formes
aiguës, a été étudiée dès le commencemen
de ce siècle, en Angleterre, en Amérique
et en France depuis 1819. Mais l'al
coolisme dans son ensemble n'a été réelle
ment étudié que depuis 1852, depuis
Magnus Huss.
Conditions dans lesquelles se développe

surtout ce délire. On l'observe partout mais surtout dans les pays du Nord, Angleterre, Amérique, Suède et Norvège etc etc. Il faut considérer plusieurs conditions
1°. Idiosyncrasie du sujet. On a pas assez tenu compte de cette condition. C'est pourtant pour l'ivresse comme pour l'alcoolisme qui diffèrent selon les individus. Ivresse gaie et ivresse triste, tendre ou querelleuse Hérédité. Moreau de Tours et Morel. Individus prédisposés ont une grande résistance à l'action de l'alcool. D'autres ont de la dipsomanie qui les conduit à l'intoxication. Il faut donc tenir grand compte des circonstances héréditaires et individuelles.
2°. Nature de la liqueur ingérée. Le vin moins grave que l'eau de vie, et celle-ci moins que l'absinthe. Les uns soutiennent que tous les accidents sont dus à l'alcool seul et les autres prétendent qu'ils diffèrent selon les liqueurs

Expériences sur les animaux. L'absinthe détermine plus de convulsions, des accidents plus graves et une mort plus rapide

3e Mode d'administration. Boire seul, à jeun, le matin. C'est l'alcoolisme le plus fâcheux. Le contraire existe pour ceux qui boivent en mangeant. à Paris, on boit plus de vin que d'eau de vie et, cependant, on s'alcoolise. L'alcoolisme de Magnus Huss, en Suède, avec l'eau de vie de pommes de terre, est différent de celui de Paris.

Delirium Tremens. Quelques mots seulement de l'ivresse et de l'ivrognerie. L'alcoolisme aigu est connu sous le nom de Delirium Tremens. 2 symptômes principaux; délire et tremblement. Le début n'est pas brusque généralement comme on l'a cru. Il y a des prodromes qui n'échappent pas à un observateur attentif; ils sont intellectuels et moraux

et physiques. — tristes, moroses, ne peuvent plus remplir les devoirs de leur profession lacunes de mémoire, oublis, conscience de leur état, hypochondrie, symptômes surtout nocturnes, cauchemars, rêves pénibles, rêveils en sursaut, perceptions subjectives, avant d'avoir de véritables hallucinations. Hallucinations de la vue, surtout la nuit. Besoin de mouvement, inquiétudes, angoisses, besoin de confidences, hypochondriaques et inquiets.

Phénomènes physiques. Visions lumineuses, flammes, gerbes de feu, insectes, animaux fantômes, fantômes, fourmillements, engourdissements, faiblesse et débilité musculaire. vomissements de pituite, laissent tomber les objets, tremblement etc.

Après 15 jours ou 3 semaines de cet état prodromique, le délire éclate tout-à-coup, sous l'influence d'une cause morale vive ou à la suite d'une maladie aigüe, variole, fièvre typhoïde, pneumonie, rhumatisme, etc.

Le délire prend alors un caractère très

violent. Les hallucinations de la vue dominent ; disposition à la crainte et à la terreur est le fait dominant. Délire maniaque des plus violents. Malade incoërcible, casse et brise ; on est obligé de le maintenir dans son lit ; camisole indispensable. Hallucinations de la vue et de l'ouïe ; le malade veut s'enfuir, entend des détonations de fusil et de pistolet, voit des gendarmes qui marchent, des animaux, des insectes. On le veut le tuer, il est poursuivi, veut se sauver, sort de son lit, passe par la fenêtre ou par la porte et perceptions subjectives et hallucinations tout à la fois.

Ce délire dure plusieurs jours. Cas de rémissions et pas de sommeil, sueurs abondantes, faiblesse générale, tremblement très général, quelquefois choréiformes dans les lèvres, la face et tout le corps

Le plus souvent pas de fièvre, chaleur
très vive dans des cas très aigus, séche-
resse de la langue, soif ardente, sueurs
abondantes. Malgré sa violence, ce délire
a pour caractère de pouvoir se suspendre
momentanément et alors le malade entre
en communication avec les assistants.
Le délire roule habituellement sur les oc-
cupations ordinaires du malade et sur
les préoccupations qui ont précédé l'ac-
cès. Malgré cet échange d'idées avec
les assistants et la conscience pendant
l'accès, il y a presque perte du souvenir
après sa cessation. Dans la plupart des
cas, après plusieurs jours de durée, ce
délire aboutit à la guérison. Il se ter-
mine presque toujours par le sommeil.
On a donné l'opium dans ce but mais
il survient sans l'opium. Ce sommeil
est prolongé est suivi d'abattement

et de faiblesse physique et de perte de souvenirs mais on est étonné du retour rapide à la raison.

Mr Delasiauve a noté une forme grave de delirium tremens qui peut aboutir à la mort. On hésite pour savoir si c'est un délire alcoolique ou une méningite. Ceci doit rendre réservé dans le pronostic. Magnan a signalé dans ces cas l'hémianesthésie et l'augmentation extrême de la température. Le delirium tremens survient souvent à la suite ou dans le cours des maladies aigües et l'on hésite alors pour savoir s'il faut rattacher le délire à l'alcool ou à la maladie fébrile. Ex. la pneumonie et le rhumatisme.

Délire alcoolique subaigu ou mélancolie alcoolique :

Il y a des formes de délire alcoolique plus chroniques, moins étudiées et qui

meritent de l'être. On voit dans les asiles des malades dans un état de Mélancolie alcoolique qui ressemble beaucoup au délire de persécution et qui ont été décrits par Lasègue sous le nom de délire alcoolique subaigu. Cet état succède quelquefois à plusieurs accès de délire alcoolique aigu et, d'autrefois existe d'emblée et constitue par lui-même une forme très intéressante de délire alcoolique. Ces malades dominés par des hallucinations nombreuses de la vue et de l'ouie, croient qu'on les suit, qu'on les insulte, qu'on se moque d'eux dans les rues et, sous ce rapport ressemblent à ceux qui sont décrits du délire de persécution essentiel, mais ils en diffèrent par l'ensemble des symptômes physiques et moraux qui appartiennent à l'alcoolisme aigu que nous avons décrits tout à l'heure tout à l'heure sous la forme violente et

qui se produisent sous une forme plus douce et à l'état de diminutif chez les malades subaigus. Hallucinations nombreuses de l'ouïe et de la vue, visions terrifiantes, idées délirantes coordonnées sous forme de roman incessamment ressassées par les malades, panaphobie, besoin de fuir, détonations, appréhensions et accusations, jalousie, enormités, actes violents, homicide et suicide. Cet état mérite d'être décrit avec soin et distingue par des caractères différentiels du délire de persécution essentiel, par les symptômes, son pronostic et sa marche.

Alcoolisme chronique. Symptômes physiques. Système nerveux. Magnus Huss a admis plusieurs variétés, au point de vue physique, parmi les prodrômes d'on observe d'abord des phénomènes d'anesthésie et de paralysies partielles. Dans ces cas, le malade ne délire pas encore, son intelligence n'est pas sérieusement troublée, il n'éprouve que des hallucinations passagères, des altérations de la mémoire, mais les symptômes physiques dominent. Le malade a conscience de son état, veut trouver le médecin, accuse de la faiblesse dans les extrémités inférieures et supérieures, qui se limitent au coude et au genou. Les phénomènes nerveux sensitifs et moteurs existent dans les extrémités des membres anesthésies partielles ou hyperesthésies, douleurs, contractures, fourmillements, engourdissements; tels sont les phénomènes habituels de l'alcoolisme au début. La faiblesse

blesse des mouvements est peu prononcée mais elle se manifeste dans certains as ne peut soulever des poids, laisse échap- per la fourchette ou couteau, se bute en marchant contre les obstacles. Après cette forme prodromique viennent les formes con- vulsives, paralytiques; l'épilepsie alcooliq qui ne diffère pas symptomatiquement de l'épilepsie ordinaire. Elle guérit souvent mais peut persister malgré la cessation de la cause. La forme paralytique porte surtout sur les extrémités et est plus pro- noncée que dans la paralysie générale vrai Symptômes physiques dans les autres fonctions Les lésions existent surtout dans le foie, les reins et le coeur. Dans le foie, cirrh très fréquente chez les alcooliques, 26 sur 700. Foie gras. Il en est de même des reins pour la maladie de Bright

Etat gras du cœur, hypertrophie graisseuse, sang gras, alcool dans le sang, sensible par la chimie, le microscope et même au contact.

La marche des accidents alcooliques est très variée ; tantôt intermittente, tantôt rémittente, la plupart du temps par soubresauts. L'abus peut être continu, mais les phénomènes ne sont pas constants. Il peut y avoir des intervalles prolongés. Ce n'est que plus tard, après plusieurs accès qu'arrive enfin l'état chronique continu.

Le pronostic varie selon la nature des phénomènes observés et selon les moyens d'hygiène employés. Malheureusement, la plupart des alcooliques continuent à boire et le mal ne fait qu'empirer. Dans ces cas, le pronostic est fâcheux, car on peut alors voir survenir des accidents nerveux aigus qui peuvent entraîner la mort. Dans d'autres cas, on a vu des

natures énergiques arrivent à se corriger. Sociétés de tempérance en Amérique et en Angleterre. Mais en général après plusieurs accès, le mal empire, passe à l'état chronique et à la cachexie, à une prostration générale et au développement des lésions organiques indiquées ci-dessus.

Le diagnostic différentiel doit être fait à diverses périodes. Le delirium tremens doit être distingué du délire maniaque et des divers délires toxiques par les caractères que nous avons indiqués précédemment. La mélancolie alcoolique doit être distinguée par les caractères énumérés plus haut du délire de persécution essentiel.

Enfin l'alcoolisme chronique, sous certaines formes, peut-être confondu avec la paralysie générale. On doit chercher les éléments de diagnostic dans les symptômes physiques, les symptômes psychiques et

la marche générale de la maladie. Tremblement général, embarras de la parole plus prononcé et différent. Lésions des reins dans l'alcoolisme et pas dans la paralysie générale, troubles subjectifs de la vue, délire mélancolique et délire expansif, avec idées de grandeur. Cependant dans quelques cas rares, le diagnostic est presque impossible.

Traitement. Dans la 1re période, opium, bains prolongés de plusieurs heures. Méthode expectante. Dans la forme chronique, Magnus Huss a conseillé l'huile de lin. Marcel a employé l'oxide de zinc. Traitement suédois par l'alcool mis dans tous les aliments. Cela ne réussit pas que pendant un temps et cela peut provoquer les accidents que l'on veut combattre.

Il reste à traiter deux questions importantes pour terminer.

1°. Influence de l'alcoolisme sur les générations.

Question étudiée seulement dans ces dernières années. Moreau de Tours et Morel. Résultats intéressants. L'alcoolisme des parents est souvent cause d'imbécillité, d'idiotisme, d'Epilepsie, de surdo-mutité et de diverses difformités chez les enfants. On voit beaucoup d'enfants nés de parents ivrognes être doués des plus mauvais instincts, portés au vol, à l'incendie, au meurtre, à la violence et peupler les asiles d'aliénés comme imbéciles et les prisons comme criminels. Ils présentent des signes physiques et des signes intellectuels et moraux = diminution de la taille, stérilité précoce, altérations et difformités de divers organes, bec de lièvre, strabisme, mutilations des organes génitaux, hernies, etc. Enfin, la plupart des enfants nés dans ces conditions meurent jeunes. La race s'éteint ainsi rapidement par la mortalité des enfants et la stérilité des ~~enfants~~ adultes ultérieure de ceux qui survivent.

Les symptômes intellectuels et moraux consistent dans des facultés précoces, des aptitudes spéciales qui en font de petits prodiges et qui s'éteignent souvent après la puberté. Au moral, les lacunes ne sont pas moindres ; ils ont les plus mauvais instincts dès leur enfance, sont de petits monstres au moral et se livrent à des actes violents qui ne leur permettent pas de rester dans les pensions et les font conduire fort tôt dans les asiles d'aliénés ou dans les prisons.

Médecine légale de l'alcoolisme. Il y aurait tout un chapitre à faire sur ce sujet qui a une grande importance. Deux opinions opposées sont en présence. Les uns regardent l'alcoolisme comme une circonstance aggravante et les autres comme atténuante. Dans les cas de délire caractérisé, aigu ou chronique, la solution est bien simple. Ce sont des aliénés et par conséquent, des irresponsables. Ce qui est difficile, ce sont les cas intermédiaires

ou beaucoup d'auteurs admettent la responsabilité atténuée ou partielle et les cas périodiques ou rémittents, dans lesquels on peut admettre le retour de la responsabilité après la disparition. Dans les cas d'aliénation chronique, il peut aussi y avoir des doutes sur la responsabilité dans ces mêmes périodes. Mais ici, comme toujours il faut observer l'individu tout entier et l'ensemble de ses symptômes physiques et moraux et ne se prononcer que sur l'histoire complète de l'individu dans chaque cas particulier.

Séquestration Asiles spéciaux en Amérique pour les ivrognes. En France, on les met dans les asiles d'aliénés quand le délire est flagrant et d'une durée suffisante, mais les difficultés existent pour la sortie. Doit-on les faire sortir des asiles aussitôt après la guérison ou les tenir enfermés plus ou moins long-

temps ou même indéfiniment. Chaque médecin a sous ce rapport, sa jurisprudence et l'on ne peut pas établir de loi absolue. Il faut se guider sur l'observation de chaque cas particulier.

---

4 Décembre 86

Folies périodiques ou intermittentes

Les unes ont de la régularité dans leur production, les autres n'en ont pas mais se reproduisent à divers intervalles et plusieurs fois dans le cours de leur existence. Les unes ont des accès très courts et rapprochés et les autres des accès longs et éloignés : Folies périodiques, à courtes et à longues périodes.

Toutes les folies périodiques maniaques ou mélancoliques, ont des caractères communs.

1°. Elles sont toutes héréditaires et souvent héréditaires sous la même forme, chez les ascendants et les descendants

2°. Elles ont une invasion rapide et sans des prodrômes physiques et mo-

sans toujours les mêmes.

2°. Tous les accès successifs se ressemblent dans leurs plus petits détails et dans la succession de tous les symptômes. Qui a observé un accès connaît les autres. Cela est vrai des folies épileptiques comme de toutes les autres folies périodiques, maniaques ou mélancoliques.

4°. L'accès a ordinairement les mêmes caractères pendant toute sa durée, avec peu de différences de degrés d'un moment à l'autre, jusqu'à une époque très voisine de la terminaison.

5°. La cessation de l'accès est aussi rapide que sa production. En quelques jours ou en quelques heures, le malade revient à la raison et reconnaît qu'il sort d'une maladie comme d'un rêve. C'est un voile qui tombe.

6°. Pendant l'intermittence le malade revient tout à fait à l'état normal

Il ne conserve aucune trace de maladie ni de faiblesse intellectuelle, quoiqu'en ait dit M. Billod. Il recouvre sa lucidité et sa liberté morale et n'a pas honte de sa maladie comme les autres aliénés. Il revient à l'asile et revient sans peine.

Description de la Folie circulaire ou à double forme.

Il existe plusieurs variétés de folie circulaire mais surtout celles à courte et à longue échéance.

Etat de dépression. Divers degrés de dépression. Le plus général c'est la dépression simple : le fond de la Mélancolie sans le relief, ou mélancolie sans délire, affaissés, déprimés, disposés à l'immobilité, ils restent assis ou couchés, tendance au silence et au mutisme. Cependant, dans les premiers degrés, ils sont disposés à se plaindre de leur malaise, de leurs souffrances physiques et morales ; incapacités, véritable martyre. Insensibles et indifférents à tout. Hypochondrie morale. Ils ne peuvent plus vouloir. Ils restent des heures entières dans la même attitude. Ne peuvent plus s'occuper. Intelligence valétudinaire et presque nulle. Tout effort d'esprit la fatigue.

Symptômes physiques. Digestions pénibles, nutrition se fait mal, peau sèche et rugueuse, sécrétions diminuées et même taries. Plus de salive ni de larmes, ralentissement des mouvements, de la circulation et de la respiration. Quelques soupirs. Le pouls descend à 40° et même à 25°. Extrémités froides, bleuâtres, enflées, urines rares et peu abondantes. Douleur poignante à l'épigastre, anxiété précordiale, serrement et raideur de la tête.

Ces sensations disparaissent comme par enchantement avec le changement de période.

Actes et pensées des malades en rapport avec cette inertie physique et morale. Ils restent chez eux immobiles et même au lit, s'enferment dans leur chambre sans air et sans lumière.

Pas de soins de propreté, négligent leurs

vetements, ne s' habillent pas, ne mangent ni à manger ni à accomplir les actes les plus indispensables et deviennent galeux.

Tel est l'état habituel de mélancolie sans délire, mais pour compléter l'observation, il faut ajouter que dans un certain nombre de cas il y a des conceptions délirantes, de ruine, de culpabilité ou de damnation, de la mélancolie anxieuse et même de la stupeur, mais en général, même dans les cas extrêmes de marasme et de stupeur, les malades assistent à tout ce qui se passe autour et peuvent en rendre compte après la cessation de l'accès, d'une façon qui étonne tous les observateurs qui les croyaient absolument endormis.

Etat d'excitation. Présente les phénomènes précisément inverses de la période précédente. Surexcitation de toutes les facultés, symptômes de l'excitation

manque sans prédominance marquée dans les idées délirantes

Besoin incessant de mouvement et d'activité pas un instant de repos pour parler et pour agir ; sortent de chez eux ; visites continuelles, lettres écrites, invitations essais de tout genre ; pas un instant de répit ; soirées, spectacles, fait de la nuit le jour

Conçoivent les projets les plus variés, entreprennent des voyages, des achats, des constructions, ressemblent au 1er degré de l'ivresse et à la période prodromique de la paralysie générale.

Intelligence incessitée dans toutes les facultés, fermentation intellectuelle, rapidité d'idées plus grande encore que la volubilité de paroles. Les malades s'étonnent eux mêmes d'avoir plus d'esprit qu'autrefois et les assistants s'en étonnent encore davantage. Mémoire incessitée, récitation

de pièces de vers, en composent, tout des discours etc. Cependant il se mêle toujours à cette suractivité un grand désordre. Sentiments et penchants surexcités autant que l'intelligence. Toutes les passions sont en fermentation dans leur cœur comme les idées pullulent dans leur esprit. Joie la plus excessive et et émotions passagères de tristesse, passent brusquement de l'amour à la haine, à la jalousie et à la vengeance. Malgré leur gaité habituelle, ils sont très mal veillants, taquins, querelleurs et les plus malfaisants des aliénés.

Autant les paralytiques généraux sont frondeurs, autant les circulaires aiment à faire le mal. Ils ressemblent sous ce rapport aux hystériques par l'esprit du mal et les inventions mensongères. Tyrannie analogue à celui des hystériques, ils attaque la moralité et l'honneur et parviennent souvent à porter la corvie

trop dans les esprits.

Les impulsions participent à la surexcitation générale. Mouvements violents, incoërcibles et souvent très dangereux.

Les actes surtout dénotent le trouble profond de toutes les facultés. Malgré les apparences de raison, ils sont les plus désordonnés des aliénés. Ils se singularisent en toutes choses. Leur démarche, leur manière de parler, leur tenue, leurs attitudes, leurs poses, tout est spécial et permet de les reconnaître à distance dans les cours des asiles d'aliénés. Manière de se vêtir, accoutrement particulier, vêtements malpropres, déchirés et dans nos asiles modernes bien tenus, ils contrastent avec tous les autres par leurs costumes bizarres et rappellent l'aspect des anciens asiles, au milieu de la monotonie habituelle générale. Ils sont remuants, malpropres, taquins et désordonnés. Ils ont les poches pleines

de petits papiers et de chiffons et ce seul carac-
tère suffirait pour les faire reconnaître sup-
Les symptômes physiques correspondent aux
faits de l'ordre intellectuel et moral, senti-
ment de bien être et d'exubérance de santé
besoin incessant de mouvement sans fatigue
absence de toute sensation douloureuse, in-
somnie, appétit exagéré, accroissement des
fonctions digestives et de nutrition, accé-
lération du pouls et de la respiration.

Suite de la description de la Folie circulaire.

Surexcitation des fonctions génitales chez l'homme et chez la femme, enfin légers symptômes de congestion vers la tête, phénomènes congestifs qui rapprochent de la paralysie générale au début. C'est là, la forme la plus habituelle de l'excitation maniaque chez les circulaires, mais dans d'autres cas, plus rares, l'accès de manie devient plus intense et plus incohérent. Quelquefois même avec conceptions délirantes déterminées dans le sens de la satisfaction et de la grandeur qui rapproche intimement cet état de la manie congestive et de la période d'excitation de la paralysie générale, d'autant plus que elle s'accompagne quelquefois aussi d'un léger embarras de la parole. Les

état de manie complète j'observe plutôt dans les asiles d'aliénés, tandis que la simple excitation se voit plutôt chez les aliénés en liberté.

Intervalle lucide. Existe souvent entre les deux périodes, mais pas toujours. Il y a quelquefois deux intervalles lucides, mais le plus souvent il n'y en a qu'un, et il est plus ou moins prolongé. Il se produit le plus souvent après la période mélancolique.

Pour la médecine légale, il importe d'étudier avec soin le passage successif de l'état maniaque à l'état mélancolique avec l'état de calme intermédiaire et passager semblable au calme de la mer entre la marée montante et la marée descendante.

Dans ces cas de transition insensible, il est difficile d'établir avec certitude l'existence d'un état de raison intermédiaire. Le passage est comparable à celui du jour à la nuit et de la nuit au jour.

Le passage d'une forme à l'autre peut encore s'opérer de 2 façons différentes et, dans ces deux cas, il n'y a pas encore d'intervalle lucide vrai. Dans certains cas, le passage se fait par oscillations par une alternative plusieurs fois répétée d'excitation et de mélancolie et après une reproduction successive des 2 états l'un des deux finit par s'établir définitivement d'une manière continue. Enfin, il est des cas plus fréquents qu'on ne croit, où le passage est brusque d'un état à l'autre, souvent dans l'espace d'une nuit. Le malade s'endort mélancolique et se réveille maniaque.

Mais tous ces faits sont en réalité exceptionnels et dans la majorité des cas, surtout dans les formes à longues périodes il y a, comme l'a dit mon père, un véritable intervalle lucide plus ou moins pro

longé qui mérite une description spéciale. et pendant lequel le malade doit être considéré comme revenu momentanément à la raison. On ne le trouve ni différent de lui-même à l'état normal, ni différent du type général de l'humanité. On est donc bien obligé de reconnaître qu'il est dans l'état d'équilibre, de raison et de liberté morale, ce qui est important, pour le faire sortir des asiles d'aliénés, et pour la médecine légale au point de vue pour de la responsabilité et des testaments.

Marche de la Folie circulaire. Maladie essentiellement constitutionnelle et héréditaire prend souvent après la puberté, sans causes occasionnelles appréciables ou à la suite de causes insuffisantes pour expliquer la production. Quelquefois cependant elle survient plus tard, à la suite d'une

chute sur la tête, d'un traumatisme d'un accouchement ou sous l'influence d'une cause morale. Les débuts sont peu connus; rarement observés par les médecins à cette période. On est obligé de reconstituer son histoire après coups d'après les renseignements des familles ou des malades.

Le 1er début a-t-il lieu par la phase mélancolique ou la phase maniaque? point douteux. Il existe des faits des deux ordres, mais quels sont les plus fréquents? Selon moi, c'est l'état mélancolique qui commence, comme l'a dit Guislain pour toutes les folies et comme l'a soutenu Ludwig Meyer. Ce premier stade mélancolique est-il plus long, comme dit encore Ludwig Meyer? Est-il noir également qu'il y a souvent

plusieurs accès mélancoliques successifs suivis d'intervalles intercalés, avant que se produise le premier accès maniaque et avant que la double forme s'accentue, et s'installe réellement ? Ces points de l'histoire de la maladie, à ses débuts sont encore à obscurs. Quoiqu'il en soit, une fois constituée à l'état d'accès à double forme, elle s'établit définitivement pour toute la vie avec de simples différences de durée et d'intensité des accès. Il faut étudier ces différences avec attention comme variétés diverses dans l'évolution de la maladie.

Et d'abord, il y a deux grandes divisions principales à établir sous le rapport de la durée des accès. Folie circulaire à courtes et à longues périodes.

La première, moins fréquente, s'observe cependant assez souvent depuis l'alternance tous les deux jours, ou à quelques jours d'intervalle jusqu'à 15 jours ou un mois. Alors l'intervalle lucide n'existe

pas de cette variété pourrait porter plus justement le titre de folie à forme alternes. Mais ce sont les cas les moins fréquents. En général, les accès sont plus longs, 3 mois, 6 mois, et même plus. Ce sont là les vrais types de folie circulaire. Y a-t-il un rapport entre les périodes et les saisons? C'est ce qu'il a été impossible d'établir, non seulement chez les divers malades mais chez le même malade.

La durée relative des périodes dans le même cercle est loin d'être toujours le même, non seulement chez les malades différents, mais chez le même malade. Il est des cercles plus courts et d'autres plus longs, et dans le même cercle une période peut être tantôt plus longue et tantôt plus courte que l'autre. Ce qui est le plus fréquent, c'est que la période mélancolique est plus longue que la période maniaque mais ce n'est pas constant. De même

l'intervalle lucide est ordinairement plus court que les autres périodes même dans les formes à très longues échéances. M. Baillarger a signalé des cas où l'intervalle lucide peut durer pendant plusieurs années et qu'il a appelés folie à double forme intermittente. Ces faits exceptionnels doivent être éclairés à la lumière des faits intermédiaires dans lesquels l'intervalle lucide est de plus en plus prolongé. Rien n'empêche donc d'admettre dans ces cas, la continuité du cercle malgré la longue durée de l'intervalle lucide, d'autant plus que dans d'autres cercles, chez les mêmes malades, l'intervalle lucide peut être beaucoup moins prolongé. Les degrés d'intensité varient également d'un cercle à l'autre chez le malade et chez des malades différents.

La folie circulaire appartient au groupe des folies périodiques et comme telle participe des caractères généraux des folies

intermittentes. Dans la majorité des cas, les accès se ressemblent donc chez le même malade, pendant toute la vie, aussi bien dans leurs symptômes généraux que dans leurs détails et à chaque nouvel accès, c'est à dire à chaque nouveau cercle on les voit se reproduire avec une remarquable uniformité. Cependant cette loi générale comporte quelques exceptions, pour la folie circulaire plus encore que pour les autres folies intermittentes

Ainsi, après avoir observé pendant plusieurs années, plusieurs cercles absolument semblables, dans le stade maniaque, on voit un cercle dont les 2 stades sont atténués un cercle, dont les deux stades sont atténués ou avortés, tandis que dans un autre cercle l'état maniaque ou l'état mélancolique acquièrent une intensité inaccoutumée. Dans d'autres cas enfin, la période mélancolique est peu accusée

dandis que la période maniaque est très accentuée ou vice versa.

Malgré ces variations dans l'intensité des divers accès, la loi générale subsiste, et, dans la majorité des cas, les accès se reproduisent ordinairement chez le même individu, pendant toute la vie, avec une surprenante uniformité.

Mais si l'intensité des divers stades est généralement la même aux divers cercles chez le même individu, il n'en n'est plus de même chez les malades différents. Sans doute les caractères fondamentaux de l'état maniaque et de l'état mélancolique restent les mêmes dans tous les cas folie circulaire, l'état maniaque étant plutôt caractérisé par l'altération des impulsions et des affections et par le désordre des actes que par le trouble considérable de l'intelligence, et l'état mélancolique consistant plutôt dans un état général de dépression que dans l'existence d'un délire mélancolique

caractérisé. Mais malgré ce caractère presque typique constant, il y a 3 degrés différents importants à signaler dans l'intensité de la maladie.

Le 1er degré le plus léger, celui qu'on observe chez les circulaires en liberté, consiste dans un simple changement d'humeur ou de caractère qu'on ne peut apprécier qu'en comparant l'individu à ce qu'il était autrefois, ou par contraste avec l'état opposé qui lui succède. Description rapide de ces deux états successifs de caractère gai et de caractère triste chez le même individu, à quelques mois de distance. C'est là un degré léger et souvent inaperçu de la folie circulaire qui est très fréquent dans le monde.

Deux autres degrés plus intenses sont observés dans les asiles. L'un des degrés consiste dans l'agitation maniaque

simple mais très intense que nous avons décrite et dans l'état de dépression mélancolique avec mutisme volontaire, refus des aliments et penchant au suicide, et l'autre degré, le plus fort de tous, consiste dans ces mêmes états d'excitation maniaque et de dépression mélancolique auxquels viennent s'ajouter des conceptions délirantes bien caractérisées, de satisfaction et de grandeur pour l'état maniaque, et de ruine et de culpabilité ou de damnation pour l'état mélancolique. Mais, malgré ces 3 degrés différents d'intensité, la folie circulaire conserve les caractères fondamentaux pendant toute la vie et ce sont ces caractères qui constituent l'unité de la forme.

Ceux de médecins se trouvent en position de suivre ainsi des malades pendant toute leur vie mais c'est précisément ce qui

nous est arrivé à nous-même par suite d'une circonstance exceptionnelle. M. Aimé, pendant 47 ans. Cette longue observation nous a permis d'établir les résultats suivants :

1° Cette maladie présente une grande uniformité dans la succession des périodes, chez un même malade. Vingt ou 30 ans après, on retrouve ces malades semblables à eux-mêmes, dans leurs diverses périodes ; mais, malgré les progrès de l'âge, et l'ancienneté de la maladie, ces malades, ces aliénés, comme tous les héréditaires, baissent beaucoup moins au physique et au moral, que la plupart des hommes et surtout que les autres aliénés. Ils conservent jusqu'à la fin de leur vie toute l'activité de leur intelligence et ne tombent pas dans la démence.

2° Les accès se raccourcissent toujours

avec le temps et l'intervalle lucide tend de plus en plus à disparaître, à mesure qu'ils avancent en âge, et ceci est vrai pour les formes à courtes périodes comme pour celles dont les différents stades ont une plus grande durée.

3° Enfin il survient souvent, à de longs intervalles, chez ces malades, des accidents cérébraux exceptionnels qui peuvent à la fin entraîner la mort. Les accidents congestifs peuvent être unis dans la forme maniaque aux idées de satisfaction et de grandeur et simuler la paralysie générale et ils peuvent même se produire dans la forme mélancolique. Ils se reproduisent à divers intervalles et peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic. Enfin, ils se produisent surtout dans les dernières périodes de la maladie et peuvent devenir la cause de la mort, surtout dans la période d'excitation. Nous nous bornons à signaler ce fait qui mérite

d'être étudié plus attentivement, mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer qu'il est intéressant et surprenant tout à la fois de voir la folie circulaire qui se rapproche plus de l'état normal que d'autres formes offre néanmoins plus de troubles physiques et d'accidents cérébraux que les autres variétés de la folie qui semblent cependant, au premier abord, plus éloignées de l'état physiologique

---

Divisions principales de mon travail sur l'état mental des Epileptiques.

Préambule : Exposé rapide de l'état de la science sur ce sujet et du but que je me propose dans ce travail. Etudier les caractères spéciaux du délire épileptique, ses rapports avec les vertiges et les attaques convulsives et indiquer les conséquence de cette étude pour la pathologie mentale et la médecine légale.

Chapitre premier

Description des troubles intellectuels observés chez les Epileptiques.

1°. Troubles intellectuels passagers des Epileptiques, avant, pendant et après leurs accès.

2°. Etat mental des Epileptiques dans l'intervalle des accès.

3°. Accès de délire plus prolongés méritant spécialement le nom de Folie

Épilepsie subdivisée en :

1.° Accès de petit mal

2.° Accès de grand mal ou manie avec fureur.

3.° Caractères communs à ces deux genres d'accès.

Chapitre II

Marche des troubles intellectuels de l'Epilepsie dans leurs rapports avec les accidents physiques de cette maladie

1° Faits dans lesquels les accès de délire sont directement en rapport avec les attaques épileptiques.

Avant les attaques.

Après les attaques

2° Faits dans lesquels les accès de délire ont lieu dans l'intervalle des accès convulsifs chez des individus reconnus comme épileptiques.

3° Faits dans lesquels les accès de délire se produisent chez des individus dont l'épilepsie est méconnue ou n'existe réellement pas au moment où on observe les malades.

Résumé des diverses variétés de marche des accès de délire dans leurs rapports avec les phénomènes physiques de l'Epilepsie, vertiges ou grandes attaques

---

Chapitre III

Conséquence de l'étude du délire épileptique pour la pathologie mentale et la médecine légale.

C'est un progrès pour la pathologie mentale d'avoir établi l'existence d'une folie épileptique, ayant les caractères spéciaux, reconnaissable même en l'absence des mouvements convulsifs ou des vertiges. Mais c'est surtout utile pour la médecine légale.

Irresponsabilité et responsabilité des épileptiques, selon les moments ou les catégories étudiées précédemment. Intervalle des attaques et pendant les accès. Caractères des actes des Epileptiques. Caractères des accès de grand mal et des accès de petit mal qui servent

puissamment le médecin légiste pour la démonstration de l'état maladif et de l'irresponsabilité. Capacité civile des Épileptiques. Mariage des Épileptiques. Séquestration.

Conclusion.

En médecine légale on doit donc s'appuyer sur 3 ordres de caractères pour démontrer l'état maladif et, partant, l'irresponsabilité des aliénés individus atteints de folie épileptique.

1°. Sur les caractères tirés de la marche des accès de délire dans leurs rapports avec les accidents physiques de l'Épilepsie.

2°. Sur les caractères physiques et moraux

des accès de délire, dans le grand mal et le petit mal intellectuel.

3°. Sur les caractères des actes eux-mêmes accomplis pendant ces accès, actes violents, automatiques, instantanés et non motivés.

C'est en s'appuyant sur cette triple base que le médecin pourra porter la conviction dans l'esprit des magistrats et rester médecin avec la compétence spéciale au lieu de se faire avocat ou philosophe en disserdant sur les mobiles des actes et les limites arbitraires du libre arbitre.

Folie hystérique.

Existe-t-il une folie hystérique?

Est-ce la même chose que la folie chez la femme?

(Morel et ses élèves, Bulard et Lachaux)

Par l'observation clinique on peut arriver à reconnaître l'existence de symptômes intellectuels et moraux spéciaux. Folie névropathique de Moreau de Tours, Folie hystérique de Morel.

Il faut distinguer 3 états successifs.

1° Caractère des hystériques. Ils représentent en diminutif les traits principaux de la Folie hystérique confirmée.

1° trait. Mobilité extrême de tous les

phénomènes observés. Passage rapide de l'excitation à la dépression, d'une crise de rire à une crise de larmes.

Enthousiasmes rapides, efforts inouïs pour arriver au but, puis, même avant de l'avoir atteint, passage brusque d'un extrême à l'autre, de l'amour à la haine, de la sympathie à l'antipathie, du désir à la répulsion. En résumé, fantasques et capricieuses. La sensibilité elle-même est pleine de contrastes. Elles restent froides et insensibles impassibles en présence des plus grands malheurs et sont bouleversées par de simples contrariétés. C'est là un mot magique qui peint les hystériques, mieux que tout autre. Elles se plaignent constamment de contrariétés et réagissent violemment contre ceux auxquels elles les attribuent. Toute leur vie consiste à éviter les contra-

riées

2me trait : Esprit de contradiction et de contro-
verse. Elles s'obstinent dans la résistance
en paroles et en actions. On ne peut
parvenir à les faire céder. Obstination
et résistance passive vraiment maladives
Cette tenacité de volonté contraste avec la
mobilité fréquente des idées et des senti-
ments.

3ème trait : Esprit de duplicité et de men-
tonge. Véritables comédiennes. Pas de
plus grand plaisir que celui de tromper et
d'induire en erreur. Elles exagèrent, non
seulement leurs mouvements convulsifs, mais
tous les mouvements de leur âme, leurs
idées et leurs actes. Elles affichent des
sentiments qu'elles n'ont pas, jouent la
douleur comme la gaité, l'amour comme
la haine, affectent la sympathie et mé-

dident la vengeance, des tours infâmes, des machinations infernales.

Calomnies pour ternir la réputation, mille ruses, mille histoires mensongères et mélangent d'une manière inextricable le vrai et le faux. La vie des hystériques est un éternel mensonge. Affectent des airs de dévotion et font à l'intérieur les scènes les plus violentes, tiennent les propos les plus obscènes et se livrent aux actes les plus désordonnés, pour reprendre en public des airs de décence et de modestie affectés.

4° trait : rapidité de production des idées, des impulsions et des actes. Les idées n'ont pas une lente incubation mais une éclosion subite. Elles paraissent et disparaissent comme dans un changement à vue.

Une conception envahit l'intelligence et y domine en maîtresse absolue pendant

quelque temps, puis elle disparaît aussi vite qu'elle a paru. C'est comme une plante parasite qui ne peut trouver un sol favorable pour se développer et prendre racine.

Il en est de même des impulsions qui sont instantanées, non motivées et poussent rapidement à l'action sans que l'on songe à résister à moins qu'un mobile puissant n'intervienne tout-à-coup et alors elles peuvent s'arrêter subitement malgré la force de l'impulsion de même que dans l'ordre physique, elles peuvent arrêter, ralentir ou même suspendre les mouvements convulsifs.

Elles ont des mouvements violents d'impatience et de colère, disent des injures ou des paroles grossières, se portent à des actes violents et brusques

frappent du pied la terre, renversent ou brisent un objet, déchirent leurs mouchoirs leurs vêtements, donnent un soufflet, crachent au visage, se roulent par terre. etc.

5° Elles sont généralement romanesques et disposées à laisser prédominer les fantaisies de leur imagination sur les réalités de la vie réelle. Enfin, elles sont souvent erotiques quoique l'on ait souvent exagéré cette disposition de leur nature, car elles sont plus souvent coquettes et vaniteuses que passionnées et ardentes.

Caractères des folies hystériques.

1°. Lucidité relative de l'intelligence

2°. Trouble profond des instincts et des sentiments = disposés à faire le mal, à nuire, à torturer les personnes qui les entourent par des calomnies, des inventions sataniques. Elles mêlent le vrai et le faux et donnent une grande vraisemblance à leurs inventions.

3°. Violence et désordre des actes, cynisme, érotisme, se déshabillent, se mettent toutes nues : actes violents instantanées, brisent, cassent, déchirent, se livrent à des actes malpropres ou désordonnés, boivent leur urine. Elles changent d'apparences d'un moment à l'autre et trompent leur public en étant alterna-

naturement calmes ou désordonnés, selon ces personnes devant lesquelles elles se manifestent.

4°. Indépendamment de ce désordre des actes elles ont souvent des conceptions délirantes fixes et persistantes qui surgissent tout-à-coup, durent un certain temps et tout soudain remplacées par d'autres qui ont à leur tour le même degré de fixité. Elles se croient enceintes affirment avoir été violées, croient avoir un animal dans le corps, racontent une histoire absolument fausse et en font un roman auquel elles croient comme à une histoire vraie et portent la conviction dans l'esprit des autres, au point de faire condamner des individus sur leur simple témoignage. Elles ont aussi des idées de grandeur.

5°. Les malades se livrent à des actes instantanés de suicide ou de violence

elles avalent des épingles ou du verre, brisent la vaisselle, donnent un soufflet, brisent ou déchirent, poussent des cris perçants pendant plusieurs heures, se déshabillent, se mettent toutes nues, etc etc.

Ces troubles intellectuels existent surtout chez les hystériques ayant peu de symp. tômes physiques ou n'ayant que quelques symptômes isolés de l'hystérie sans grandes convulsions.

Les Cérébraux

Analyse de l'article de Lasègue

La médecine mentale est une branche de la pathologie cérébrale et une branche détachée du tronc finit par périr.

Les affections cérébrales n'obéissent pas à des lois exceptionnelles et leur évolution se comprend mieux en la comparant à celle des autres maladies.

Une femme, à la suite d'une couche, est atteinte d'une périmétrite. Elle guérit en apparence au bout de 2 ou 3 mois, mais elle conserve à l'état latent les reliquats de l'affection aigüe et elle garde de cette 1re atteinte une susceptibilité et des aptitudes morbides qu'elle n'aurait pas eues sans cette première maladie.

Un homme est renversé par une voiture

il en résulte une pleurésie, par exemple qui guérit mais qui laisse à la suite une prédisposition maladive qui s'impose à toute son existence. Le traumatisme laisse des traces qui fournissent occasion plus tard à des maladies analogues mais empruntant quelques caractères spéciaux à l'infériorité de la santé.

Autre catégorie de faits. Un enfant naît bossu ou le devient aux premiers âges de la vie. Quelque soit la déformation, la folie n'est pas plus celle d'un homme sain que celle de l'homme qui a été écrasé par une voiture. Un côté se dilate, l'autre se rétrécit; le poumon fonctionne mal. En bref, si cet homme prend une bronchite, il n'a pas la même bronchite que les autres hommes. Ces 3 modes de début ont leurs analogues dans leurs affections

cérébrales. Il y a des maladies secondes chez les individus dont l'état cérébral a été troublé par des affections encéphaliques antérieures et ces maladies secondes se présentent avec des caractères qui leur sont propres.

Un enfant tombe des bras de sa bonne, on le saigne, on lui applique des compresses froides, des sangsues derrière les oreilles. Il guérit après 24 ou 48 heures, mais quelques semaines, quelques années après, il devient moins bien, a quelques fantaisies bizarres. A l'âge de 7 à 8 ans, ou plus tard, de 15 à 18, il survient des accidents cérébraux étranges qui étonnent le médecin et la famille et l'on prononce le mot de méningite, mais les symptômes indécis ne correspondent pas au type des méningites vraies. Il est dans les conditions de l'employé de chemin de fer ou de la femme en couches cités plus haut

En vertu de la blessure guérie, il n'est plus comme un autre et les accidents cérébraux se produisent chez lui sous une autre forme que lors du premier cas. Ici, il faut ouvrir une parenthèse. Lorsqu'il s'agit d'un enfant, les choses ne se passent pas toujours comme chez un adulte. Il y a un élément particulier qui est celui du développement cérébral et qui peut modifier l'évolution de la maladie en plus ou en moins. Il peut agir soit en augmentant le défaut provenant de la blessure, soit en l'atténuant, et il a alors lutte entre les deux facteurs. Mais il n'en est pas de même pour un adulte ; un homme de 25 ans fait une chute de cheval, on le relève sans connaissance et il reste ainsi une heure ou deux, le chirurgien constate qu'il n'y a ni fracture ni blessure grave et après quelques

Jours, déclare le malade guéri. Mais à partir de ce jour, il n'appartient plus au Chirurgien, mais au médecin. Au bout de 6 mois, un an, 10 ans, 15 ans, la famille s'effraye des désordres cérébraux mal causés. Versés et Consulte le médecin qui ne reconnaît pas là les symptômes d'une maladie cérébrale définie. C'est une affection secondaire greffée sur une autre souche autre que celle de la santé. Et vous découvrez qu'il y a eu autrefois un traumatisme cérébral, qui a pour résultat de faire du cerveau un terrain sans parité avec le terrain cérébral d'un individu indemne.

Morel a signalé les déformations des parties molles de la face en rapport avec les infirmités mentales, mais il existe un indice supérieur à tous les autres, c'est la configuration osseuse du crane.

Si la voute du crane est mal construite cela importe peu, mais si la portion faciale est

est engagée, il n'en n'est plus de même. La portion inférieure du cerveau subit alors des compressions incompatibles avec son fonctionnement normal.

On peut affirmer en examinant un crane si un épileptique est devenu tel par malformation du crane, c'est à dire si l'épilepsie a débuté dans le jeune âge ou bien est survenue plus tard.

Eh bien, si une déformation osseuse détermine l'Epilepsie, une malformation moindre s'accusera par des accès ou des crises plus ou moins analogues à la maladie originale.

Je classe, dans une catégorie d'individus touchés cérébralement ou ayant perdu leur virginité cérébrale, qui sont sujets par suite de ce précédent à des affections cérébrales d'un ordre particulier. Je les appelle des Cérébraux et ce mot, bon ou mauvais, est entré dès à présent, dans la langue médicale.

Pouvons-nous les reconnaître à certains signes ? Voilà la question.

Les cérébraux doivent être nettement distingués des gens nerveux chez lesquels on ne trouve ni une lésion traumatique ou spontanée antérieure ni une malformation. Les deux classes d'aliénés trop souvent confondues, doivent être nettement distinguées et en opposant les cérébraux aux nerveux on jette une vive clarté sur la pathologie mentale. J'aurais voulu, dans ce rapport, suivre plusieurs formes essentielles d'accidents cérébraux secondaires, mais cela demanderait trop de développements et je me bornerai à une seule espèce, empruntée à la pathologie mentale : le délire par accès. Le mode d'aliénation se produit essentiellement et presque exclusivement chez les cérébraux. Prenons un cas de choc cérébral sans traumatisme. Un officier est frappé, pendant une revue, d'un

accident cérébral appelé coup de soleil, ou insolation, mot suffisant pour les gens du monde mais non pour les médecins. En un mot, il a été frappé d'une défaillance subite : il a eu un nuage devant les yeux et il est tombé. On l'a ramené chez lui, appliqué des sangsues ou même saigné, et au bout de 3 ou 4 jours il a repris son service. Il paraît guéri et cependant si vous interrogez son supérieur ou surtout sa femme, on vous répondra que depuis cet accident il est devenu fort drôle, qu'il s'absente plus souvent que les autres fois que le travail lui coûte, qu'il s'est mis à boire ou à fumer avec excès, que son sommeil est excessif ou insuffisant etc etc. En un mot, il a quelque chose d'inquiétant, il a une tare. C'est un vase fêlé et un jour ou l'autre, on constatera des symptômes plus accusés, des crises

de délire ou d'excitation, en un mot des troubles multiples.

Autre exemple : un enfant a été pris de convulsions, à 4 ou 5 ans, à l'âge où elles cessent d'être inoffensives. Elles se répètent 3 fois, puis elles cessent et il est considéré comme guéri. A partir de ce moment, il est entré dans la catégorie des cérébraux. Vers 13 ou 14 ans, il est au collège et on le voit changer tout-à-coup d'habitudes, de goûts de caractère, il devient mauvais élève, se bute contre ses maîtres ; on est obligé de le reprendre chez soi. On le croit guéri mais il conserve des points défectueux : irritabilité sans propos, incapacité passagère de travail, perte de mémoire à certains moments, dépression ou excitation sans motif et, plus tard, tout-à-coup, il a une crise cérébrale.

Un de ces malades, c'officier ou l'enfant devenu homme, part un jour de chez lui, entre dans une Eglise, interpelle

le prédicateur en chaire. On le conduit au poste et là éclate un accès d'excitation maniaque ou de délire aigu. Et l'on apprend que le matin, il avait travaillé comme à l'ordinaire, alors que c'est à midi qu'est arrivé l'aventure. Est-ce de l'épilepsie? Jamais une crise épileptique ou épileptiforme, pas de contractions musculaires, d'écume ou de resserrement de pupille ni de petit mal vertigineux. Le malade reste ainsi délirant pendant 8 ou 10 jours. On l'interne dans une maison de santé et, au bout d'un mois, on le remet en liberté. Mais cette crise ne sera pas la seule. A partir de ce moment, il appartient aux crises, soit physiques, soit intellectuelles. Un jour, en mangeant il tombera ou le portera dans son lit, et ce sera fini. C'est une crise transi-

toire, comme dans la paralysie générale qui est le type des maladies à ictus, qui procède par secousses et où l'on sent qu'il y a quelque part une lésion qui s'éteint et se rallume. Ces crises délirantes n'ont ni durée ni forme obligée. Au bout de quelques jours, ou de quelques semaines, le malade en apparence guéri, reprend sa vie habituelle. Tantôt c'est un accès avec excitation génitale, il embrasse et étonne sa famille par ces manifestations inattendues tout à fait contraire à sa nature et à ses habitudes.

Un autre pêche par ambition; il va chez un banquier placer son argent, fait des opérations de fantaisie et peut ainsi gagner 100000 francs en une heure. On prononce le mot de paralysie générale, mais souvent on se trompe et, 15 jours après, le malade est guéri et vous narque

dans la rue de l'avoir considéré comme perdu. C'est qu'en effet ces crises à forme paralytique n'impliquent pas l'existence d'une paralysie générale vraie.

Il se peut qu'une circonstance accessoire favorise l'éclosion de ces accès délirants, par exemple l'alcoolisme. Il est des gens qui n'ont pas les signes classiques de l'alcoolisme, tremblements, vêtes, troubles gastriques, et qui deviennent délirants, à la suite de la boisson. Ce sont les cérébraux par anticipation. Un verre ou deux leur suffisent et ils ont une crise analogue mais non identique à celle des alcooliques. On voit par Ea. dans les asiles, des persécutés à hallucinations de l'ouïe qui, tout-à-coup, sont terrifiés par des fantômes dûs à une influence alcoolique passagère et vous ne tardez pas à apprendre que le

malade s'est procuré de la boisson, malgré la surveillance.

Donc, il existe un certain nombre de délirants méritant le nom de délires par accès et qui empruntent leurs caractères soit au délire épileptique, soit au délire maniaque, soit à tout autre, mais à titre de complication ou de compléments. La guérison arrive rapidement, mais il ne faut pas se laisser induire en erreur par les apparences, ce n'est pas plus de l'épilepsie que l'éclampsie n'est de l'Epilepsie. Ce sont des états épileptoïdes.

En résumé, lorsque la santé cérébrale a été troublée, ne fut-ce qu'un moment, par une blessure, une lésion encéphalique ou une malformation, la guérison apparente n'est trop souvent que la suspension des accidents. Le malade supposé guéri a acquis une diathèse morbide qui décidera du reste de son existence. Il devient alors sujet à des désordres physiques et intellectuels, se produisant le plus souvent

sous forme de crises incomplètes, irrégulières, soustraites aux lois habituelles de la pathologie cérébrale et que l'on doit décrire comme une espèce à part dans le genre des affections cérébrales.

Mon but a été de resserrer de plus en plus le lien qui unit la pathologie mentale à la pathologie cérébrale et par elle, à la pathologie tout entière.

Deux voies sont ouvertes dans ce but. La première consiste à établir une relation étroite entre les symptômes de l'ordre physique et les perversions intellectuelles. C'est ce que l'on a déjà fait pour la paralysie générale, l'Epilepsie, la démence hémiplégique etc, et, pour les délires moins prolongés liés aux maladies aigües, telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie, les fièvres etc.

La seconde voie, moins suivie, est celle où je me suis engagé. Personne

ne rend plus que moi justice aux ana-
lyses délicates des aliénistes dans l'é-
tude des conceptions délirantes et des
formes symptomatiques de la folie, mais
les influences individuelles, celles du mi-
lieu et celles du degré plus ou moins
avancé de la maladie, sont dominées
par les caractères de l'espèce morbide
qui est toujours la même chez les indivi-
dus des diverses classes sociales, dans
les différents siècles et dans les différents
milieux et il faut toujours dans l'obser-
vation, superposer l'espèce à la variété ob-
servables. Les investigations psycholo-
giques ne sont pas épuisées, mais il
est temps de changer de voie. Il ne
faut pas détruire l'édifice, mais cher-
cher à construire à côté sur une autre
base.

Le fonctionnement défectueux de l'esprit
de l'aliéné repose sur une lésion de l'orga-

même qui peut échapper à l'observation mais qui est obligatoire ; nous pouvons renoncer provisoirement à la connaître, mais jamais à la supposer. Quand la lésion cérébrale s'affirme par des signes contemporains du début de la folie son évidence s'impose ; mais elle devient moins évidente quand les troubles cérébraux accusés par des phénomènes physiques, remontent à une époque plus éloignée. Du point de départ au point d'arrivée, il y a une distance telle qu'on a le temps d'oublier le 1er début. Dans des cas encore plus obscurs, la lésion physique n'éclate qu'après l'invasion de la folie, mais si tardive qu'elle soit son apparition jette un jour sur le désordre mental qui semble l'avoir devancée.

Il en est de même des délires typhoïdes qui surviennent, par exception, au 1er

stade, au lieu de se produire qu'au 2me septennaire, d'après la règle. Quand un accès de folie se déclare il ne suffit pas de se borner à étudier l'état actuel et à rechercher les causes morales déterminantes, il faut surtout les chercher dans les antécédents cérébraux des malades.

Un grand nombre de maladies encéphaliques obéissent à une évolution confuse, tantôt à un progrès continu, tantôt, au contraire, suspendant leur marche pour la reprendre après une longue intermittence. En cela, elles se conforment à la loi de toutes les maladies diathésiques la goutte, le rhumatisme, la syphilis. Ex. tiré de la goutte. Il en est de même pour les maladies cérébrales. Si le choc initial a été violent, le malade pourra être déclaré cérébral et les phénomènes intellectuels ultérieurs pourront être ~~op~~.

expliqués par cette entrée en matière. Il ne s'agira plus d'un hasard impréva chez un individu sain, mais d'un accident nouveau survenu au cours d'une maladie qui sommeille.

Cette recherche préalable, toujours utile, devient indispensable quand il s'agit d'un désordre mental qui ne rentre ni dans la classe des névroses ni dans celles des maladies cérébrales dénommées. Cette étude est encore à peine ébauchée et j'ai pour but d'indiquer le chemin sans avoir la prétention de le tracer et encore moins de le parcourir.

En attendant, il me paraît possible dès à présent de discerner deux types, celui que je viens de signaler et un autre dont j'indiquerai les principaux traits.

Dans la 1re catégorie se rangent les délires impulsifs instantanés qui consti-

tituent une variété des vertiges épilep-
tiques : tels étaient les cas de Trousseau
et de Chabot (Arch. Gen. 1825 et 1828)
Tel est encore l'ex. suivant que je résume
comme ex. de la même affection atténuée
× 26 ans, robuste, sans déformation crâ-
nienne, employé comme homme de peine,
dans un magasin, reçut un sac de sucre
sur la tête du poid de 100 kilogr. On n'a
que le temps de le sauver avant qu'il
ait été écrasé par la file des pains de
sucre. On n'a que le temps de le sauver
avant qu'il ait été écrasé par la pile
de pains de sucre. Il ne perd pas connais-
sance, est ramené chez lui en voiture et ce
n'est que 2 jours après qu'il entre à
l'hopital d'où il sort 3 mois après
pour aller à la campagne chez un parent
et revenir reprendre sa position très pénible
chez un Md de fers. Depuis le choc,
maux de tête fréquents, d'une façon

intermittente et irrégulière. Il boit peu mais ne supporte plus le vin : Etourdissements sans perte de connaissance, sommeil bon, ainsi que l'appétit, pas de diminution de la mémoire, intelligence nette et un peu au dessus de la moyenne. A la fin de 1879, il fait la cour à une jeune fille qui refuse de l'épouser. Il se promène toute la journée, rentre chez lui et fait une tentative de suicide, en se donnant deux coups de couteau dont les blessures guérissent. Le 15 Mars 1880, après avoir passé la soirée avec un ami, il est repris de la pensée du suicide. Il se promène sans but dans les rues, s'arrête devant un poste de police et demande à parler au brigadier de service sans savoir ce qu'il aura à lui dire. On lui ferme la porte, et se frappe d'un coup de couteau à la poitrine, et en donne un autre

au fonctionnaire, dont les vêtements tout à peine effleurés. Interrogé par moi le lendemain matin, il se montre très lucide, se rappelle très bien les faits de la veille et les rapporte conformément aux procès verbaux, pas de trace de folie ni de déviation intellectuelle, mais un peu de paresse d'esprit et une défiance manifeste de soi-même. En résumé, commotion cérébrale de date connue, crise vertigineuse avec tentative de suicide 5 ans plus tard et deux mois après, double tentative enfantine de suicide et de meurtre.

Supprimez l'origine cérébrale et tout est obscur dans cette observation; rétablissez la série en lui assignant son origine et la maladie rentre dans une classe à caractères définis

Descendez encore quelques degrés et vous trouverez le délire par accès réduit aux modestes proportions d'un larcin inexpliqué ou d'une divagation sans portée et l'on passera ainsi, par gradations insensibles,

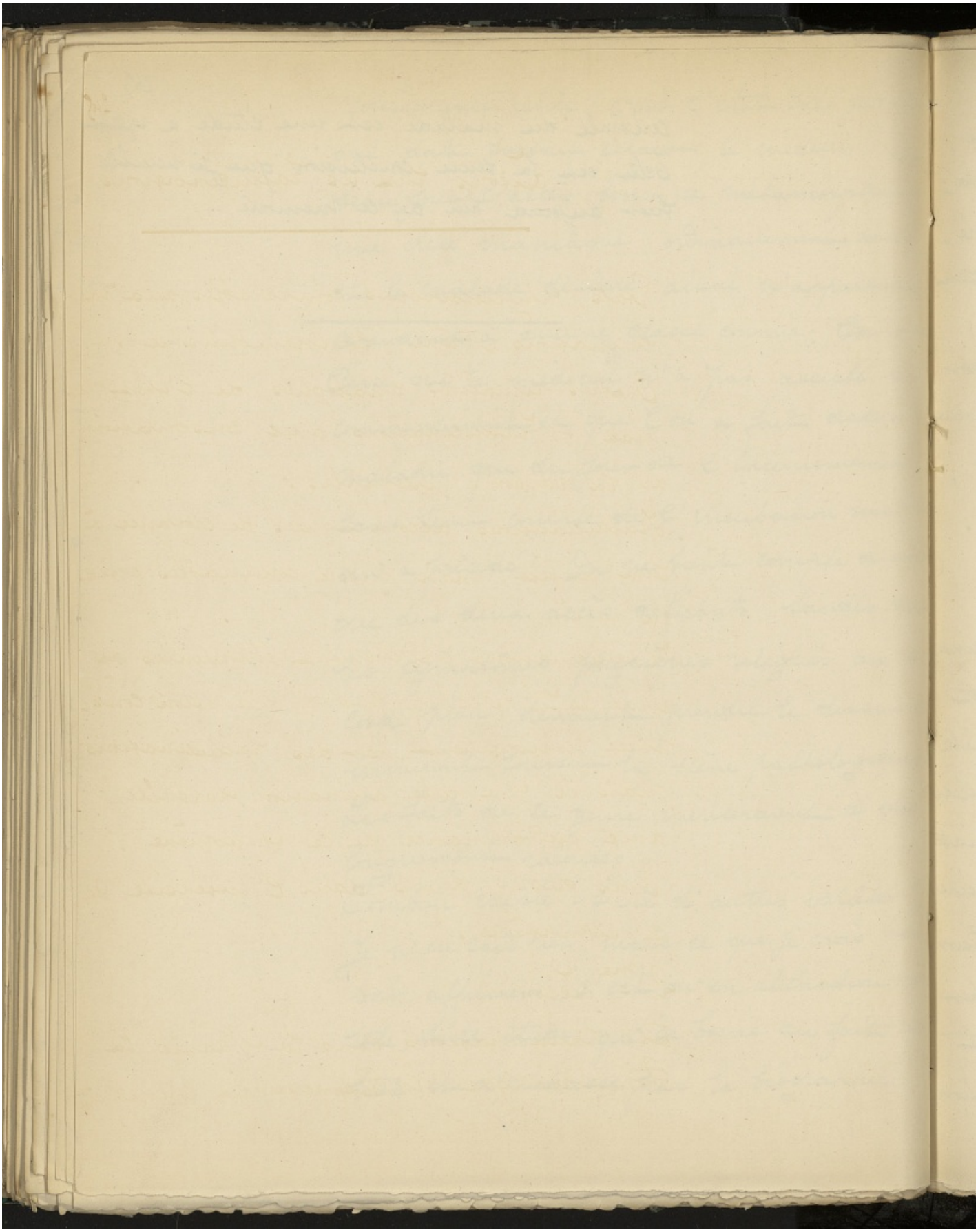
de l'assassin farouche au délirant inoffensif.
Plus la lésion cérébrale domine, plus l'int
rêt d'une analyse psychologique va décroissa
L'impulsion empruntée à l'épilepsie quelques
uns de ses caractères sans que l'individu ait
été ou devienne épileptique et le travail int
lectuel n'est pas annulé ni même suspend
mais il est réduit à sa plus simple ex
pression. Le point de vue de l'observation
se trouve ainsi changé et cette inversion, au
lieu de concentrer l'attention sur le délire n'
fait plus qu'un épisode
Le 2me type à signaler chez les cérébraux
a pour caractère de laisser dans les périod
lucides une infériorité intellectuelle relative.
Le malade actif intellectuellement, habitu
à faire des efforts d'attention, éprouve après
la crise d'invasion, une défaillance dont il
a presque toujours conscience. Il est encore ca
pable des mêmes choses qu'autrefois mais

pas avec continuité. L'assiduité le fatigue et la curiosité chez lui s'éteint. Après une peine ou deux le travail lui devient pénible et il éprouve une sensation particulière de lassitude ~~de~~ cérébrale. Aucun phénomène physique ne vient s'y joindre et il est encore dans son impuissance relative, supérieur à beaucoup d'autres. C'est sur ce fait de légers abaissement intellectuel que se développent les accès ultérieurs. La famille méconnaît ce fond continu et ne constate que les accès subaigus. Le médecin constate alors qu'un certain jour, une attaque d'éblouissement a laissé chez lui une trace profonde et durable bien plus grande que l'accident passager semblerait capable de la produire. Peu à peu, les crises subaiguës réduites d'abord à de l'irritation sans motifs semblent plus pénibles. Les remontrances restent sans effet et cette indifférence douloureuse d'obstination, est un des signes essentiels de la folie. Si l'on n'envisage que l'étrangeté des accès, on n'en tire aucune

conséquence utile ; c'est l'état sous jacent qui doit surtout éclairer le médecin. Un beau jour l'accès semi se métamorphose en une crise maniaque, ordinairement courte, et le malade déclaré aliéné n'appartient cependant à aucune classe connue. Pourquoi ? Parce que le médecin n'a pas assisté au commencement et que l'on a fait dater la maladie que du jour de l'internement, sans tenir compte de l'incubation insidieuse qui a précédé. On ne tient compte d'abord que des deux accès délirants, tandis que les symptômes physiques relégués au second plan, devraient prendre le dessus et fermement tourner la scène pathologique. Les faits de ce genre mériteraient d'être longuement racontés.

Combien existe-t-il d'autres variétés ? Je n'en sais rien, mais ce que je crois pouvoir affirmer, c'est qu'en aliénation mentale toute étude qui se borne au fait actuel et n'embrasse pas la biographie

cérébrale du malade, est une étude à refaire
Telle est la seule conclusion que je veuille
tirer aujourd'hui de ce mémoire



Leçons sur les hallucinations

1

Etats physiologiques comparables aux hallucinations : rêve, somnambulisme.
Autres situations analogues de l'état normal. Hallucinations avec conservation de la raison. Exemples :
Hallucinations accompagnées de croyance à leur réalité, mais encore conciliables avec la raison.
Hallucinations évidemment empreintes de délire — Il n'existe pas d'aliénation constituée uniquement par des hallucinations, mais il y a une aliénation partielle avec prédominance de ce phénomène.
Trois degrés divers dans l'intensité de ce symptôme.

2me Leçon.

Des hallucinations dans la Manie, la Folie chronique, la Démence et l'idiotisme

Formes diverses que revet ce phénomène. Hallucinations complexes formant tableau. Exemple. Association et isolement des hallucinations des divers sens. Degré de fréquence de ce symptôme; causes d'erreur qui ont fait exagérer cette fréquence. Hallucinations de l'ouïe, de la vue, du toucher de l'odorat, du goût et hallucinations internes.

3me Leçon.

3 théories sur la nature de l'hallucination = théorie sensoriale, intellectuelle et mixte. Réfutation de l'opinion sensoriale; arguments en faveur de la nature intellectuelle du phénomène. Toute théorie mixte est inadmissible parce que les 2 principes sont inconciliables. C'est dans les lésions de l'intelligence qu'il faut en chercher la cause. L'état passif de l'esprit n'est pas un obstacle à cette explication

Analyse psychologique de l'hallucination.
Analogies et différences entre les illusions et les hallucinations.

Plan de la Leçon sur les Hallucinations

1°. Etude Clinique.
Etats physiologiques successifs.
Etude des hallucinations dans les formes diverses de la folie.
Hallucinations de l'ouïe étudiées dans leurs variétés et dans leur évolution successive. Les 3 degrés du délire de persécution.

2°. Théorie de l'hallucination.
3 théories :
1°. Sensoriale
2°. Mixte
3°. Intellectuelle

Conclusion ;

deux ordres de phénomènes

1° Perceptions subjectives

2° Hallucinations variées

1/ Intellectuelle :

Vivacité de l'impression, spontanéité,
refoulement dans le monde extérieur.
Séparation entre le phénomène et le moi.
Absence de conscience du travail de l'esprit

Plan général de la Leçon à faire à Ste Anne, le 30 Mars.

1°. Etat de la science mentale à la mort d'Esquirol en 1840, en se basant sur les 4 formes principales : la Manie, la Mélancolie, la monomanie et la Démence.

Ce qu'était alors l'étude de la paralysie générale.

2°. Critique de cette classification que j'appelle une classification d'imprimeurs, sans étiologie spéciale, avec beaucoup de vague dans la symptomatologie, et une absence complète de pronostic possible puisqu'il n'y avait pas d'évolution propre des maladies. Or, sans étude de la marche naturelle des maladies, il n'y a pas de pronostic possible, ni de description précise

et conforme à la nature clinique des espèces morbides. Or, ces prétendues formes morbides ne sont pas des espèces vraies et naturelles mais des états symptomatiques artificiels sans évolution possible à prévoir.

C'est la classification provisoire des Linné et des Tournefort et non la classification naturelle d'un Jussieu.

Malgré ces défauts fondamentaux et essentiels, cette classification subsiste encore aujourd'hui en apparence, mais combien elle est démolie en réalité dans la pratique et déjà remplacée en fait par un classement dont on n'a pas conscience mais qui existe réellement dans la pratique des générations nouvelles. L'édifice subsiste dans sa façade mais tout l'intérieur du bâtiment

est transformé. Il n'attend que la main d'un dernier démolisseur pour apparaître tout entier à tous les yeux comme un édifice absolument nouveau ne conservant même plus sa façade vieille et décrépite qui lui sert d'enseigne et de fausse décoration comme un décor de théâtre!

La refonte complète du bâtiment s'est faite peu à peu derrière la toile, à l'insu des spectateurs par un travail latent et souterrain en quelque sorte et l'on attend plus que la main d'un nouveau machiniste pour lever la toile et faire apparaître à tous les yeux l'édifice nouveau qui se construit derrière la toile et qui est déjà à peu près achevé dans ses éléments principaux et n'attend plus que quelques compléments secondaires pour être tout à fait complétés et apparaître dans

tout son éclat comme une construction nouvelle ayant remplacé l'ancienne.

Seconde partie.

3e C'est là ce qu'il faut maintenant démontrer dans la 2me partie de ce discours, en parcourant successivement les 4 formes principales de la classification régnante. Manie, Mélancolie, Monomanie, et Démence, en prouvant que toutes ces formes sont maintenant absolument détraquées et divisées en plusieurs catégories distinctes et dispersées dans des formes nouvelles qui se sont peu à peu introduites subrepticement dans la science et qui ont agi peu à peu, comme de véritables dissolvants vis à vis des formes artificielles et provisoires de la classification actuelle. Ces dissolvants ont été surtout ou

nombre de cela.

1.° La Paralysie générale

2.° L'alcoolisme

3.° La Folie circulaire ou à double forme

4.° Les Folies héréditaires ou dégénérescences de Morel

5.° Les délires émotifs ou avec conscience

6.° Les Folies Epileptiques, hystériques, toxiques et traumatiques.

4.° Montrer avec détails comment les 4 formes de la classification actuelle ont subi l'action lente et successive de ces divers dissolvants et se sont décomposés peu à peu en plusieurs espèces et variétés qui se sont séparés et ont été s'agglomérer autour des plusieurs centres nouveaux d'attraction qui se sont formés peu à peu et constituent en réalité, dès à présent, de nouvelles formes ou espèces

plus naturelles qui se trouvent dès à présent constituées à l'état d'unités distinctes et différentes de celles de la classification régnante.

1°. La Manie est décomposée en sept ou huit espèces.

2°. La mélancolie en 4 espèces principales 1°. délire de persécution 2°. Mélancolie anxieuse, 3°. Mélancolie avec stupeur ou dépressive et 4°. Mélancolie sans délire ou avec conscience — Sans compter la mélancolie alcoolique, celle de la paralysie générale et celle des affections cérébrales organiques.

3°. La Monomanie des grandeurs est passée à la paralysie générale et à la dernière période du délire de persécution.

Le délire partiel actif est passé au délire de persécution et la monomanie impulsive ou d'actions est passée aux folies héréditaires, ou bien aux folies épileptiques, hystériques, traumatiques ou autres ; mais la monomanie a complètement d'abord et cliniquement ensuite.

Enfin, 4° La démence est un véritable caput mortuum qui s'est dissocié et détruit peu à peu, pierre par pierre et qui s'est réparti dans les catégories suivantes

1° Démence paralytique
2° Démence sénile
3° Démence organique ou des affections cérébrales organiques.

4° Enfin, Démence des folies chroniques qui n'est en réalité qu'une période chronique de toutes les variétés de la folie,

telles que le délire de persécution, la Mélancolie anxieuse, etc et mais qui n'est pas la terminaison obligatoire de toutes les folies puisqu'il en est, comme la folie circulaire, les folies émotives et les folies héréditaires raisonnantes qui n'aboutissent jamais à la démence, c'est à dire à un véritable affaiblissement intellectuel radical, à une oblitération complète des facultés intellectuelles qui, d'après Pinel et Esquirol constituait le caractère essentiel de la démence, soit primitive, soit consécutive.

Après cet examen successif et détaillé des 4 formes de la classification régnante qui ont été successivement dissociées et démolies par un travail latent et continu depuis 40 ans, arriver à la dernière partie de la leçon, c'est à dire au :

Résumé général. Montrer que la science est réellement changée et que, dès aujourd'hui, nous avons à étudier en médecine mentale.

1°. La Paralysie générale.

2°. L'alcoolisme aigu, subaigu et chronique.

3°. La Folie circulaire ou à double forme.

4°. Variétés de Mélancolies.

5°. Les Folies héréditaires ou raisonnantes ou folies d'action : meurtre, vol, incendie, etc. etc.

6°. Les Folies émotives ou avec conscience

7°. Les Folies Epileptiques, Hystériques, Traumatiques etc etc

---

19 Février 84.

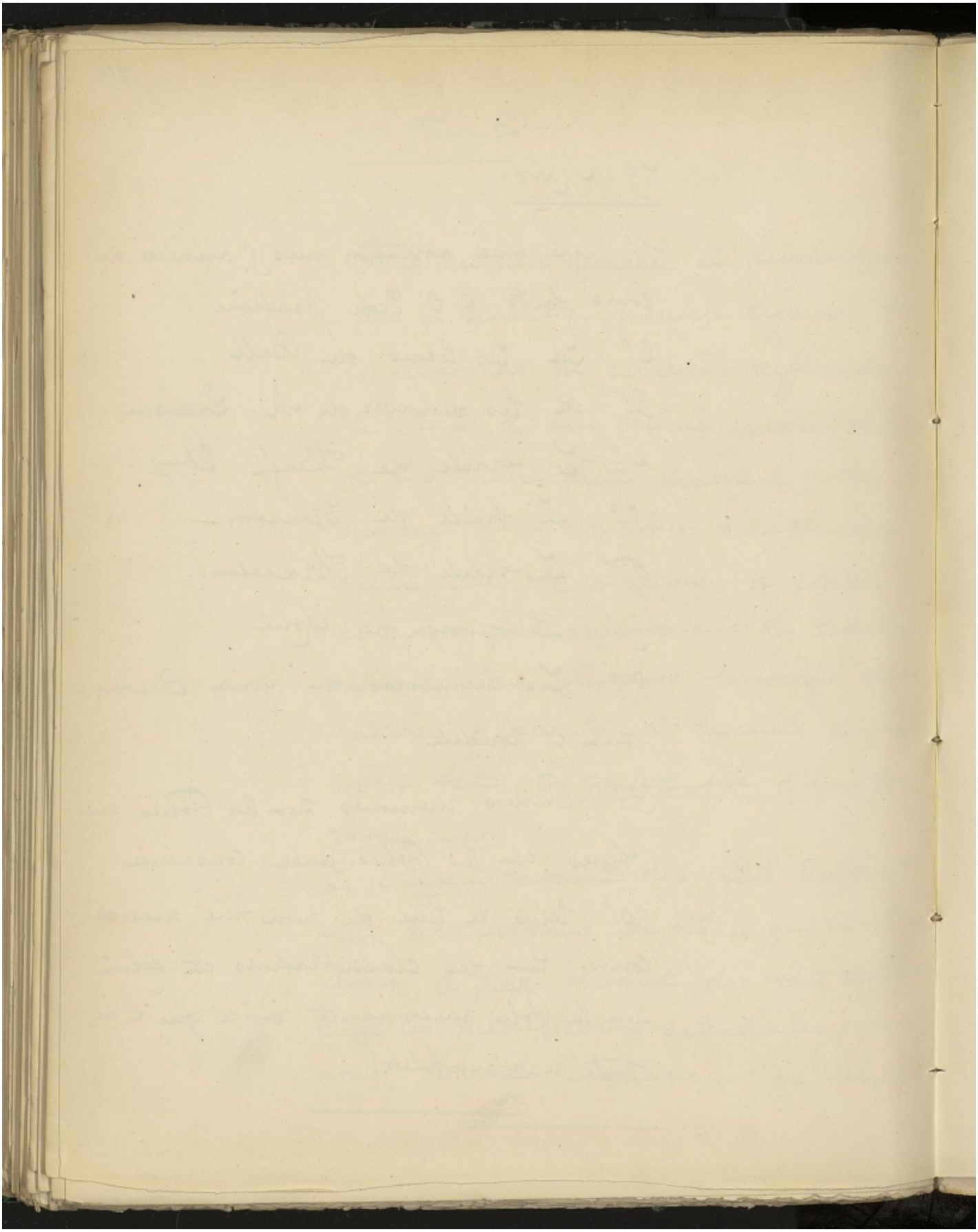
Voici une note médicale et psychologique sur la situation mentale différente de 10 personnes de caractères différents, à la suite d'une même émotion morale, d'un même fait matériel, la morsure par un chien enragé, de même que Mr Laségue a étudié plusieurs fois avec détails la situation mentale de plusieurs personnes de caractères différents, à la suite d'un même fait, la perte subite d'une personne aimée.

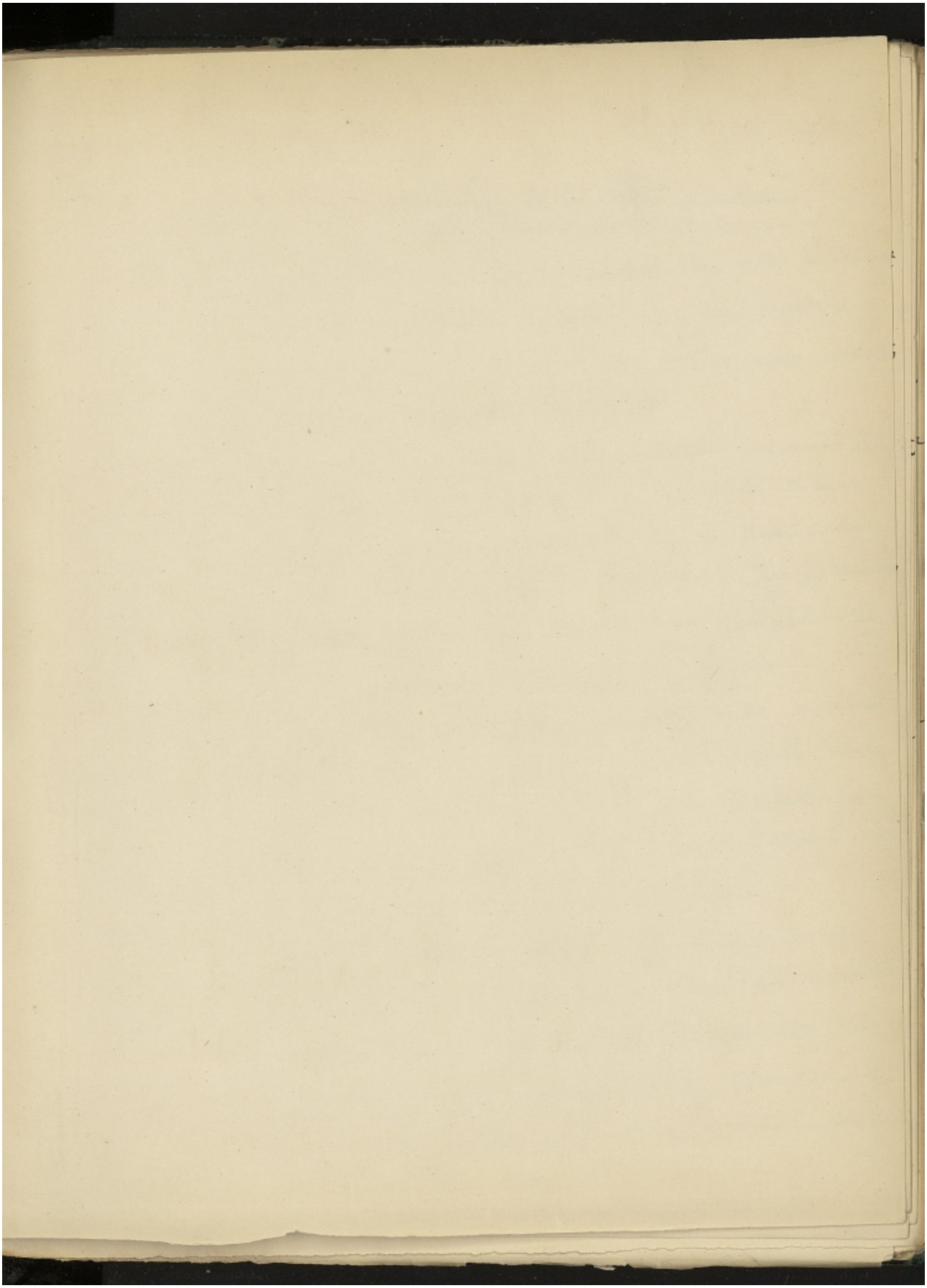
Le chagrin produit des effets différents, selon les personnes, de même que la même cause, le froid produit des effets différents selon les prédispositions individuelles (pneumonie, bronchite, rhumatisme, ou même [illegible]

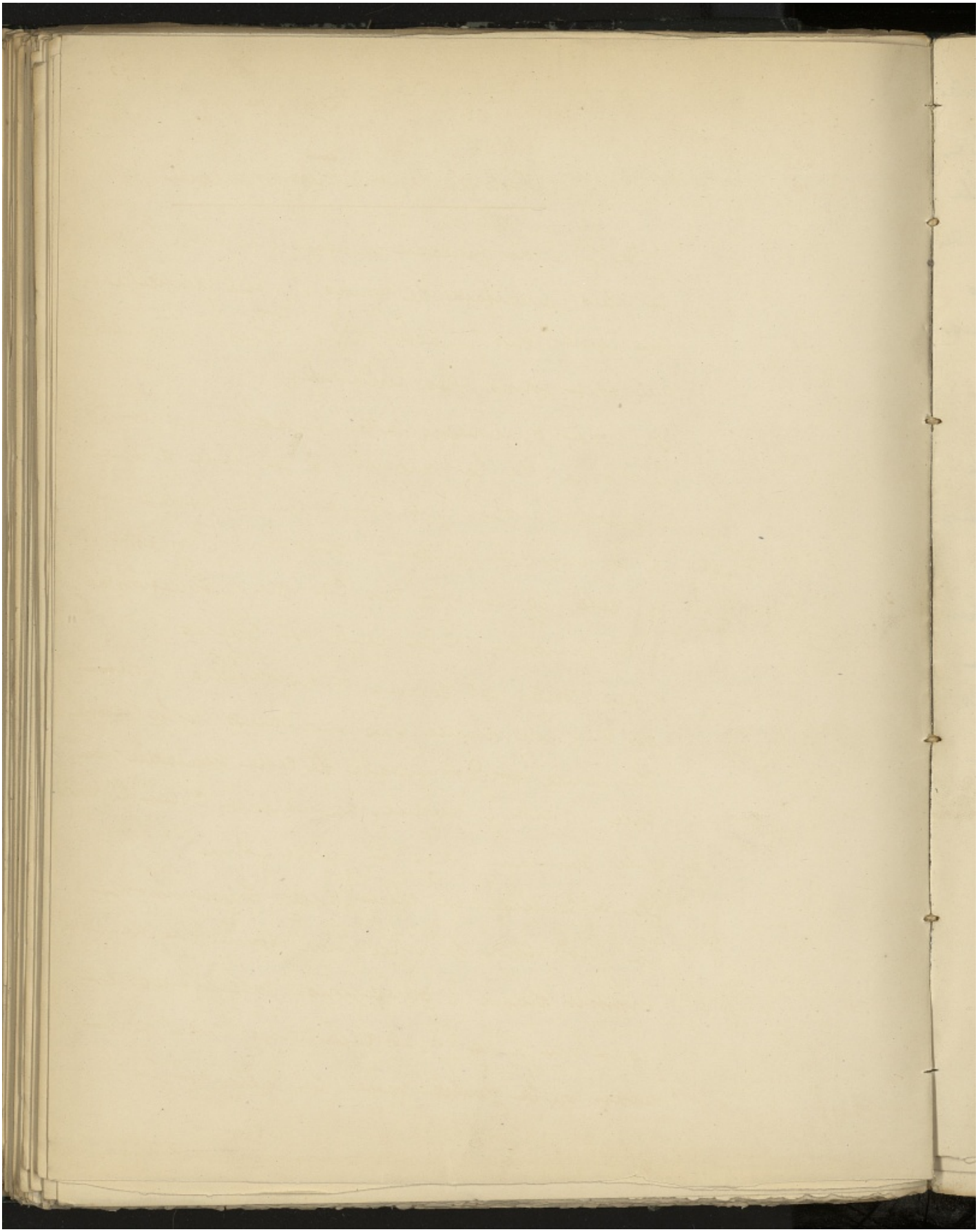
---

19 Mars.

1.° Lire avec attention mes 5 années de cours faits à l'Ecole pratique.
2.° Id. les leçons de Ball
3.° id les ouvrages de M. Lasègue.
4.° Le traité de Kraft Ebing.
5.° Le traité de Clouston.
6.° Le traité de Kraepelin.
7.° L'ouvrage de Morel.
8.° Les mémoires du pris Aubanel sur l'hérédité.
9.° Divers mémoires sur les Folies émotives et les Folies avec conscience.
10.° Relire le livre de mon père, mon discours, sur les classifications et celui sur la Folie raisonnante ainsi que l'article responsabilité.







4 9bre 28

Etiologie de la Folie circulaire

Cette forme de maladie mentale est après le suicide la plus héréditaire de toutes. Elle participe à cet égard des caractères des Folies intermittentes qui sont toutes très héréditaires.

On voit quelquefois cette maladie survenir à l'époque de la puberté, à la suite d'une maladie aigüe quelconque et, en particulier, à la suite de la fièvre typhoïde. Chez les femmes on cite également des cas de productions de cette maladie à la suite de couches.

Mais toutes ces causes occasionnelles n'ont qu'une importance très secondaires et la véritable cause fondamentale de cette maladie mentale, c'est l'hérédité et surtout c'est l'hérédité similaire, sous la même forme.

On a constaté en effet assez fréquemment la production de cette même forme de maladie mentale dans 3 générations successives, et pour ma part, j'ai déjà assez tôt pour avoir vu la grand mère, la mère et la fille

atteintes l'une après l'autre de la même maladie.

Cette maladie ne se produit pas avant l'époque de la puberté et quelquefois même elle ne survient qu'à une période plus avancée de la vie ; mais, en général, même dans ces cas exceptionnels, elle a existé en germe presque dès la naissance et en cherchant bien rétrospectivement dans les antécédents des malades on retrouve dans leur vie antérieure des périodes alternantes d'excitation et de dépression.

Cette forme de maladie mentale est bien plus fréquente chez la femme ; mais on en observe également de temps en temps des exemples chez l'homme et ils sont alors tout aussi bien caractérisés

---

Historique de la Folie circulaire

1°. Dans l'antiquité, Arétée a dit que la manie succédait souvent à la Mélancolie.
2°. Des auteurs du 17me et du 18me siècle siècles ont noté la succession fortuite et accidentelle de la manie et de la Mélancolie.
3°. Il y a des observations dans Pinel, Esquirol et leurs élèves mais personne n'avait attiré l'attention sur ce fait de la succession régulière et constante chez le même malade.
4°. Griesinger en 1845 s'est servi du mot Cyle appliqué à cette succession de la manie et de la Mélancolie.
5°. Moi-même dans mes cours, j'appuyant surtout sur l'ex. de Mme Dimé, de la Chanoinesse et de la ~~folie~~ princesse Bibesco a proclamé le 1er qu'il existait des malades chez lesquels la mélancolie et la manie alternaient et se succédaient régulièrement

de manière à constituer un véritable cercle d'états maladifs

6.° M. Baillarger en 1854, a lu, à l'académie de médecine, un mémoire sur la folie à double forme, dans lequel il a rapporté plusieurs observations de ce genre.

7.° Quinze jours après, à la fin de Janvier 1854, mon père est venu réclamer la priorité de cette idée, dans un mémoire lu à l'académie de médecine, en réponse à celui de M. Baillarger.

8.° M. Baillarger a répliqué à son tour, dans un autre mémoire publié ~~sur~~ dans le bulletin où il a cherché à établir 5 catégories de faits distincts, selon que la succession des périodes était continue et non interrompue, ou bien, au contraire, séparée par des intervalles plus ou moins longs. C'est là, en effet, la principale différence qui existe entre l'opinion de mon

père et celle de M. Baillarger. Celui-ci prétend en effet qu'il peut exister des accès de folie à double forme séparés par de longs intervalles de raison et tout à fait analogues aux accès ordinaires de manie intermittente, de même qu'il peut exister aussi des cas, dans lesquels il se produit un long intervalle de raison entre l'accès de manie et l'accès de mélancolie et un autre intervalle également prolongé entre l'accès de mélancolie et l'accès de manie. Mon père, au contraire croit que tous les faits de folie à double forme rentrent dans la catégorie de ceux qu'il a décrits sous le nom de folie circulaire et qui sont caractérisés par la succession régulière de 3 états constituant toujours un cercle complet =

1° Manie
2° Mélancolie
3° Intervalle lucide

puis, de nouveau, Manie, Melancolie
et intervalle lucide
L'observation seule d'un grand nombre
de faits de cette espèce pourra permettre
de se prononcer sur ce point Esquirol,
mais pour moi, je pense que, dans la
plupart des cas, l'opinion de mon père est
vraie et que si l'on croit à l'existence
d'un intervalle très prolongé de raison,
c'est parce qu'il s'est produit pendant
ce temps un cercle très atténué de Manie
et de Mélancolie et intervalle lucide peu
accentuées et qui a passé inaperçu pour
les observateurs peu expérimentés et peu at-
tentifs. A la suite de ces deux publica-
tions des observations ont été publiées dans di-
vers pays, en France et à l'étranger et l'on
a fait sur ce sujet des Thèses et des arti-
cles de Journaux ou de dictionnaire
Mr Legrand du Saulle a défendu dans les
Annales l'opinion de M. Baillarger et
a publié un cas de guérison par le Sulfat

de quinine. M. Geffroy a publié une thèse étendue avec une observation très curieuse recueillie à Charenton. On a publié, depuis lors, des articles assez nombreux, en France et à l'étranger (en Angleterre et en Allemagne surtout. Foville a fait un article dans le dictionnaire de Jaccoud et Brière dans celui de Dechambre.

Enfin, M. Baillarger et Lunier surtout ont attiré l'attention sur les rapports possibles de la folie à double forme et de la Paralysie générale, idée qui a surtout été défendue par M. Ballod et reprise dans un mémoire spécial par un de ses élèves, M. Dane qui a publié sur ce sujet un mémoire dans les Annales médico-psychologiques

---

16 9bre 78

Fréquence relative de la Folie circulaire dans le monde et dans les Asiles. Causes d'erreurs nombreuses qui font croire à sa rareté

Lorsqu'on cherche à faire des recherches dans le personnel des asiles d'aliénés, surtout parmi les hommes, on trouve rarement des exemples bien caractérisés de Folie circulaire et l'on pourrait en conclure que cette forme de maladie mentale est relativement très rare et mérite peu, par conséquent, d'être étudiée. Elle est plus fréquente, il est vrai, chez la femme, mais lorsqu'on en découvre 4 ou 5 ex. bien caractérisés et bien certains dans le service des femmes d'un asile d'aliénés, c'est certainement la moyenne de ce que l'on peut y rencontrer habituellement. Aussi, comprend-on très bien que cette forme

de maladie mentale ait passé inaperçue, d'autant plus que pour l'observer convenablement il faut suivre les mêmes malades pendant de longues années et être attentif à la marche et à la succession des diverses périodes ce que peu de médecins ont l'habitude de faire, surtout dans les maladies très longues et très chroniques. On n'observe ordinairement les aliénés que dans les 15 premiers jours de leur entrée et on les laisse ensuite confondus, pêle mêle avec les autres malades chroniques, comme s'ils devaient toujours conserver les mêmes caractères de maladie et sans tenir aucun compte des transformations successives que peut présenter leur maladie.

De plus, ces malades guérissent de l'accès de manie ou de l'accès de mélancolie et on les renvoie des asiles comme guéris d'un accès ordinaire de maladie mentale, sans savoir qu'ils ont présenté l'alternative des deux formes et sans pré

voir que cette alternance continuera à se produire dans l'avenir. Plus tard, lorsque le même malade revient dans l'asile, on ne relie pas le présent au passé. On croit à une simple rechute de la maladie sous la même forme ou sous une forme différente et l'on se borne à constater qu'un malade entré une 1re fois à l'asile pour un accès de Manie rentre une 2me fois avec un accès de mélancolie. On croit encore à l'époque actuelle, à ces transformations possibles des maladies mentales et l'on ne croit pas encore assez à la marche fatale des maladies, commandées par des lois générales qui dominent toute la vie des aliénés, depuis leur naissance jusqu'à leur mort. De plus, on n'a pas le soin de s'enquérir exactement de ce qu'a été la vie du malade pendant son séjour dans la famille ou dans la société. Si l'on fait cette recherche

avec exactitude on découvrira qu'au lieu d'être resté réellement guéri et dans un état normal pendant son séjour hors de l'asile, le malade a continué à présenter des phases successives d'affaissement et d'excitation plus modérées et plus atténuées que celles que l'on observait chez lui pendant son séjour à l'asile mais néanmoins évidente pour un véritable observateur et que le cercle des états maladifs au lieu d'avoir été brusquement interrompu comme on l'avait cru, s'est continué au contraire sans interruption.

Une autre cause d'erreur très fréquente aussi c'est que l'un des deux états opposés peut passer inaperçu et être considéré comme l'état normal du malade, ce qui a lieu très fréquemment. On prend ainsi pour des accès de manie intermittente ou de mélancolie intermittente de véritables accès de folies à formes alternes. Tantôt l'accès de Mélancolie et tantôt l'accès d'excitation passe inaperçu et est pris

pour l'état normal du malade. Et bien, si toutes ces causes d'erreur existent pour les malades qui ont été enfermés dans les asiles combien les rencontre-t-on plus souvent encore dans les cas bien plus fréquents de folie à double forme qui existent dans les familles ou dans la pratique privée et l'on n'a jamais songé à considérer comme des cas d'aliénation mentale. C'est là, dans la pratique privée, dans la pratique civile, qu'il faut étudier réellement cette forme de maladie mentale, dans ses degrés les moins accusés et l'on découvrira alors que cette espèce de folie qui paraît peu fréquente dans les asiles, l'est beaucoup plus en réalité qu'on ne l'imagine et que la description acquiert une véritable importance!

Diagnostic de la Folie circulaire

Le diagnostic de la Folie circulaire paraît très facile à première vue. Quand les accès sont bien caractérisés et surtout quand on a pu observer plusieurs accès. Quand on a vu se succéder ~~beaucoup~~ par Ex. chez un aliéné, des accès de Mélancolie et des accès de Manie, d'une manière régulière, le diagnostic est certain. On peut alors affirmer que le malade continuera à présenter des accès de Folie à double forme pendant toute sa vie, soit d'une manière continue soit avec des intervalles de rémission plus ou moins prononcés. Mais il n'en est pas de même quand on a assisté à un premier accès de Folie à double forme, surtout quand on n'assiste qu'à un des stades de

l'accès, & c'est ce qui explique pourquoi cette maladie est restée si longtemps ignorée. On voyait des malades mélancoliques, on les classait parmi les mélancoliques ; on les malades sortaient de l'asile, rentraient dans leurs familles. On ne savait pas qu'ils avaient eu une période mélancolique maniaque après leur période mélancolique. De même pour les maniaques. De sorte que très souvent, on a classé ces malades parmi les mélancoliques ou les maniaques sans tenir compte de l'union & de la coexistence des deux formes. Dans d'autres cas, le diagnostic est difficile, parce que l'un des deux états, l'un des deux stades est atténué, tandis que l'autre est très intense. Il y a des malades qui ont des accès de manie des plus violents et dont le stade mélancolique est très atténué, très affaibli, de sorte que pendant cette période

ils passent pour des aliénés en état de guérison de l'accès de Manie et l'on ne s'aperçoit pas que cet état de manie est suivi d'une période de Mélancolie très caractérisée.

L'inverse a lieu dans d'autres cas. Il y a des cas, au contraire en effet, où c'est l'état mélancolique qui domine, tandis que l'état maniaque passe inaperçu. Il y a donc déjà de grandes difficultés, non que pour constituer la maladie appelée Folie à double forme, ou folie circulaire. Mais le diagnostic est également difficile à d'autres points de vue. Il y a des malades dont les accès sont si peu intenses, si peu caractérisés qu'ils passent absolument inaperçus. Il y a souvent dans le monde des personnes qui passent pendant toute leur vie par ces états différents, sans passer pour des malades, bien loin de passer pour des aliénés. Il semble que ce soit là de simples variations de caractère. Pendant plusieurs

mais ces malades sont tristes ; ils s'isolent, ne font aucune visite, ne reçoivent personne, s'enferment dans leur chambre, quelquefois même restent au lit, mangent peu, vivent à l'écart, sont en un mot dans un état évident de Mélancolie dépressive mais cet état de maladie passe inaperçu. On croit que ces malades cèdent à un caprice, à une variation d'humeur et on n'y attache aucune importance. On ne voit pas en eux des malades. On n'observe pas surtout que trois ou trois mois ~~malades~~ après, ces mêmes malades changent complètement d'état, qu'ils deviennent d'une activité étonnante, extraordinaire. Ils vont et viennent, font des visites, écrivent des lettres, se livrent aux actes les plus ~~variés~~, font des voyages, des spéculations, en un mot, une activité

exagérée. Ils écrivent et font des mémoires, il en est même qui font des communications à l'institut. En un mot, ils ont un mouvement incessant, et il y en a beaucoup comme cela dans le monde. Puis après 4, 5 ou 6 mois, ils retombent dans une période d'accalmie et d'inertie. Alors ils ne font plus rien, ils ne voient plus personne; ils s'isolent, s'enferment dans leur chambre et vivent à l'écart. Les malades, selon les moments où on les observe, ressemblent à deux hommes différents dans le même corps. Il semblerait que deux personnalités différentes chez le même individu, fait vraiment bien extraordinaire et que l'on observe dans toutes les classes de la société. Eh bien, dans ces cas, la maladie passe inaperçue. On croit à une simple variation de caractère et dans la plupart des cas du reste, on n'observe que l'un des deux états. L'un des deux est seul

constaté par le public. Tantôt c'est l'état de Mélancolie et tantôt l'état d'excitation. Pendant l'excitation, leur intelligence est surexcitée, ils ont plus de facultés qu'à l'état normal, font même quelquefois des découvertes, trouvent des points de vue nouveaux, des aperçus ingénieux qui frappent l'attention. Loin de les considérer comme des malades, on les remarque au contraire, comme des êtres intelligents, doués de facultés exceptionnelles. Plus tard, ils tombent dans la Mélancolie mais personne alors ne les voit dans cet état et l'on croit que leur état habituel est l'état d'activité des facultés intellectuelles.

Il y a donc là une difficulté du diagnostic très considérable. Une autre difficulté pour diagnostiquer l'état d'excitation consiste à le différencier de l'état d'excitation hystérique et raisonnante que nous

avons décrit précédemment. Il y a, en effet, certaines hystériques raisonnantes dont l'état mental ressemble singulièrement à celui des malades atteints de Folie circulaire. Les hystériques inventent des histoires mensongères et ressemblent tous beaucoup de rapports aux malades qui se trouvent à une certaine période ou à un certain degré de l'excitation circulaire. Dans certains cas l'analogie paraît certaine complète et l'on ne peut alors arriver à un diagnostic de l'accès à un moment donné. Il faut donc se baser sur l'évolution générale de la maladie avant ou après l'accès observé et cette étude d'ensemble permet alors un diagnostic certainement scientifique

Une autre difficulté du diagnostic différentiel de la Folie circulaire existe vis à vis de la Paralysie générale. Il y a, en effet, des malades dans la période d'excitation de la Folie circulaire qui présentent des idées de satisfaction et

de grandeur très analogues à celles de l'on
n'observe dans la période prodromique ou
dans la première période expansive de
la Paralysie générale. Dans ces cas d'exci-
citation raisonnante simple avec désordre
des actes et suractivation de toutes les fa-
cultés la confusion est souvent voisine
entre les deux états, d'autant plus que
dans quelques uns de ces cas de Folie cir-
culaire on constate même quelquefois, com-
dans la Paralysie générale, des symptô-
congestifs et un léger embarras de la
parole qui peut prêter à la confusion
De plus, on a observé un certain nombre
de cas de Paralysie générale de forme
culaire, c'est à dire présentant dans
la première période plusieurs alterna-
tives de phases de dépression et de
phases d'excitation qui peuvent si-
muler pendant quelque temps des ac-
ès de véritable folie circulaire. Dan

ces cas difficiles, le diagnostic scientifique ne peut être établi que par l'étude attentive de la marche générale de la maladie depuis son début jusqu'au jour où l'on observe le malade et par l'ensemble des symptômes de la Paralysie générale opposés à ceux qui caractérisent plus spécialement la Folie circulaire c'est à dire par le tableau général des deux maladies opposés l'un à l'autre Cependant, il est 2 caractères symptomatiques qui, en dehors de la marche, peuvent être très utiles pour établir le diagnostic. Le 1er repose sur ce fait général que dans la période d'excitation ophrénique de la Paralysie générale, même avec conservation d'une grande activité intellectuelle, il existe toujours pour un observateur attentif des lacunes énormes de mémoire et des traces évidentes de démence commençante que l'on ne rencontre jamais chez

les circulaires, même en état de grande excitation maniaque et que les idées délirantes des paralytiques sont plus absurdes, plus multiples, plus mobiles et plus contradictoires que celles des circulaires même les plus désordonnées. Enfin, le second caractère, très général, sinon constant que l'excitation des paralytiques est plus brouillonne que celle des circulaires qui est essentiellement maligne et malfaisante comme celle des hystériques

A l'aide de tous ces caractères différentiels réunis puisés dans l'étude des symptômes et de la marche des deux maladies on peut le plus souvent arriver à un diagnostic rationnel scientifique.

Etiologie de la Folie circulaire

La première question à aborder est celle de l'hérédité.
C'est une des plus héréditaires de toutes les maladies mentales.
Elle participe, sous ce rapport des caractères des caractères généraux des Folies intermittentes. En effet, les Folies périodiques et les Folies circulaires sont presque toutes héréditaires sous la même forme. C'est un fait indiqué d'une manière générale mais qui n'a pas été suffisamment étudié.
Pour moi (avec l'observation de mon père et la mienne) je puis signaler trois cas dans lesquels il m'a été donné de constater l'existence de la Folie circulaire sous la même forme pendant trois générations, la grand mère, la mère et la fille, et ce fait là est très fréquent et pourra être contrôlé par tous les observateurs. Donc, cette maladie

est essentiellement héréditaire.
Elle survient ordinairement après la puberté ; sous l'influences de causes occasionnelles on a attaché une grande importance (à la suite de couches, d'une cause traumatique ou d'une maladie aiguë, comme la fièvre typhoïde ou même à la suite d'une cause morale) mais ces causes occasionnelles n'ont qu'une influence très secondaires, en égard à la cause principale qui est la cause héréditaire.
Dans d'autres cas, la maladie survient que plus tard, à un âge plus avancé, mais généralement quand elle se produit plus tard elle est également due a l'influence héréditaire car elle a existé chez les ascendants et s'est produite chez eux à la même époque.
Débute-t-elle par la Mélancolie ou par l'excitation ? Ordinairement elle débute par la Mélancolie et même il y a quelquefois plusieurs accès mélancoliques avant que la maladie prenne définitivement la forme double ou alternante.

Fréquence. Il y a prédominance très marquée du sexe féminin ; cependant, on observe chez l'homme des exemples très caractérisés. Dans un asile par Ex, vous aurez cette proportion = un seul homme atteint d'une manière évidente de cette forme de maladie mentale et 4 ou 5 femmes et même davantage.

La fréquence de cette maladie, aussi bien dans un sexe que dans l'autre, est bien plus grande qu'on ne le croit pas au 1er abord.

Quand on se borne à observer dans les asiles d'aliénés, on peut croire que les cas de ce genre sont très peu nombreux, à tel point que plusieurs médecins, même spécialistes, seraient disposés à nier l'existence de cette forme de maladie mentale, ou à la croire extrêmement rare. Or, il n'en n'est rien. Quand, au contraire, on observe dans le monde, on constate qu'il existe un grand nombre de malades atteints de folie circulaire à des degrés atténués, ou bien même à des degrés plus intenses mais qui restent dans les familles, ou bien parce que les deux états n'ont pas une égale

intensité ou bien parce que l'un des cercles seulement est très caractérisé tandis que les autres sont beaucoup plus faibles et atténués de sorte qu'ils passent inaperçus. On n'éprouve réellement le besoin de les placer dans les cases que lorsque les deux périodes de Mélancolie et d'excitation sont très intenses et ne permettent plus absolument le séjour des malades dans la famille ou dans la Société.

Pronostic de la Folie circulaire

Le Pronostic est très grave puisque cette maladie, une fois bien caractérisée, dure pendant toute la vie des malades qui en sont atteints à des degrés divers. Cependant pour poser un pronostic plus exact, il faut tenir compte de toutes les variétés de marche, que nous avons décrites précédemment. Ainsi, par Ex., on peut annoncer que certains cercles seront atténués au point de simuler une guérison ou bien dans les cas d'intervalle lucide prolongé comme ceux admis par Baillarger comme constituant une Folie intermittente à double forme, on peut porter un pronostic plus favorable, puisque cet intervalle lucide peut passer pour une guérison comme dans toutes les Folies intermittentes.

Historique de la Folie Circulaire.

Cet historique est bien fait dans l'ouvrage de Pritti.

1° Mentions de l'alternance dans les auteurs de l'antiquité.

2° Id dans les auteurs qui ont précédé Pinel

3° Dans Pinel et Esquirol.

4° Dans les élèves directs

5° En 1854, mon père et Baillarger (discussion sur la priorité à l'académie de médecine)

6° Développement de cette question depuis cette époque. Legrand du Saulle = Discussion de Baillarger. Auteurs allemands: Griesinger (Cycle) Krafft Ebing, Lacheyer, Delmar, Birn, Thule.

7° Ouvrage de Pritti et de Mardret (Prix Falret à l'Académie)

8.° Mon mémoire dans les Archives
9.° Leçon de Ball.

14 9.bre 78

Symptômes physiques de la Folie Circulaire

Les symptômes physiques sont plus nombreux qu'on ne s'imagine ordinairement et mériteraient une étude plus attentive, à l'aide d'observations prises avec soin. Ils diffèrent pendant la période mélancolique et pendant la période maniaque.

Période Mélancolique. La peau est sèche, il y a amaigrissement, diminution de l'appétit, ralentissement extrême de la circulation; mains bleuâtres et œdematisées, pieds froids, abaissement de la température, diminution des sécrétions. En un mot, toutes les fonctions semblent suspendues comme chez les animaux hibernants pendant la

période de sommeil. Dans les Archives cliniques de Baillarger, on cite une observation où le pouls était descendu à 40 degrés et où la température avait notablement baissé. Il y a souvent aussi pendant cette période dégoût pour les aliments pouvant aller, dans les cas extrêmes, jusqu'au refus absolu.

Dans quelques cas extrêmes, la Mélancolie va jusqu'à la stupeur.

Période d'excitation. Pendant cette période, on observe les phénomènes physiques précisément inverses. Il y a exubérance de santé et de bien être. Toutes les fonctions physiques sont surexcitées et d'une activité exagérée. L'appétit est excessif. Les malades mangent constamment, d'une manière irrégulière et malpropre. Il y a retour de l'embonpoint, face congestionnée, pouls vibrant et accéléré, exagération de la force musculaire, absence de sentiment

de fatigue, insomnie, mouvement perpétuel, et de plus, dans les cas extrêmes, quelques symptômes de congestion qui peuvent même quelquefois faire croire à un commencement de Paralysie générale, surtout lorsqu'il s'y joint un commencement de délire expansif, optimiste, quelques idées de grandeur, la disposition aux achats, aux cadeaux, aux dépenses exagérées. Il y a alors quelquefois, légers embarras de la parole, inclinaison légère du tronc d'un côté, titubation légère des pieds. Les symptômes congestifs qui se produisent de temps en temps, dans la Folie circulaire, la rapprochent non seulement de la manie Congestive et de la Paralysie générale, mais aussi des accidents congestifs des folies raisonnantes, avec lesquelles cette période d'excitation a, du reste, tant d'autres points de contact.

Anatomie pathologique de la folie circulaire.

On a eu rarement l'occasion de faire des autopsies de malades atteints de cette forme de maladie mentale. Elle meurt ordinairement à un âge assez avancé et dans tous les asiles on trouve quelques uns de ces malades âgés de 70 ans et même davantage. J'ai fait à la Salpêtrière, autrefois dans le service de mon père, l'autopsie de Mme Leroy, qui avait été atteinte pendant de longues années, de cette maladie et j'ai trouvé chez elle les signes d'une méningite chronique (opacité et épaississement des méninges, viscidité sous arachnoïdienne, etc etc.) Mais le cerveau lui-même quoique congestionné dans son ensemble paraissait à peu près à l'état normal. Ce qu'il faut noter, c'est qu'en général

Ces malades meurent de congestions cérébrales ou d'accidents cérébraux aigus. Ils ont des dispositions à la l'apoplexie et aux accidents cérébraux de nature congestive, ainsi que l'indiquent quelques symptômes observés chez eux pendant les périodes d'excitation.

Traitement de la Folie Circulaire.

C'est une maladie très grave dont la marche est presque fatale et dans laquelle on ne peut espérer que des rémissions plus ou moins prononcées ou plus ou moins prolongées.

On n'arrive même pas, en général, par les moyens appropriés, à diminuer par des médicaments, l'intensité ou la durée des périodes de mélancolie ou d'excitation

sur lesquelles les médicaments les plus actifs ne semblent pas avoir de prise. Cependant, on a essayé quelques moyens pour diminuer l'intensité et la durée des accès. On a employé par exemple le sulfate de quinine, surtout dans les cas à courte échéance dans lesquels les périodes ne durent par exemple que 2 ou 3 jours et constituent ainsi une véritable forme intermittente ou périodique et on a cité quelques cas de guérison. (Legrand du Saulle) Dans d'autres cas, on a essayé les injections de morphine, la digitale, le bromure de potassium etc, qui ont paru atténuer l'intensité, soit de l'excitation, soit de la dépression mélancolique, mais dans la plupart des cas, tous ces médicaments, même l'hydrothérapie, n'exercent aucune influence pendant la période d'état ou d'intensité des accès, et

et lorsqu'ils paraissent avoir agi d'une manière favorable à la période de déclin de la maladie, on peut se demander si la diminution de l'accès est due à l'action du médicament ou à la décroissance graduelle et prévue de la maladie, c'est à dire à la marche naturelle.

Fin de la Leçon sur la folie circulaire en 1886

Etiologie. La maladie est caractérisée non seulement par les symptômes précédemment décrits, mais aussi par l'hérédité.

Il est remarquable, en effet, que cette maladie qui peut survenir, dans quelques cas à la suite de causes occasionnelles quelconques, telles qu'une chute sur la tête, une blessure, une émotion violente et presque toujours essentiellement héréditaire et se produit souvent sous une forme ir-

milaire, chez les ascendants et chez les descendants. Mon père et moi nous avons observé des malades atteints de cette forme de maladie pendant trois générations, la grand mère la mère et la fille, atteintes de la même maladie sous la même forme.

Elle peut survenir à la suite d'une chute sur la haute tête, d'une maladie aigüe et d'un accouchement mais l'hérédité existe presque toujours à titre de prédisposition

Elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Dans certains asiles on ne peut pas trouver un seul homme atteint de cette maladie, tandis qu'on trouve toujours plusieurs femmes dont la maladie est très caractérisée. Du reste, la fréquence de cette maladie est bien plus grande qu'on ne l'imagine à première vue. On la croit rare et elle est, au contraire très fréquente parce qui elle est le plus souvent méconnue et passe presque presq

toujours inaperçue, ce qui explique pourquoi elle a échappé si longtemps à l'attention des observateurs. Il y a, à cela plusieurs causes faciles à comprendre. La 1re, c'est que la plupart de ces malades vivent dans la société et n'entrent jamais dans les asiles d'aliénés. Il y a, dans le monde, beaucoup plus de personnes qu'on ne croit qui passent leur vie dans l'alternative de deux caractères absolument opposés. Pendant un certain temps, leur existence reste cachée, ils fuient le monde, restent dans leur chambre et quelquefois même dans leur lit. Ils négligent de s'habiller ou ne s'habillent qu'à moitié et vivent seuls, dans une grande malpropreté. Ils passent ainsi plusieurs mois pendant lesquels ils ne paraissent nulle part, par conséquent cet état passe inaperçu par le public. Mais, plus tard, ils changent de forme. Il semble qu'une nouvelle personnalité soit entrée en eux. Les malades se montrent alors partout, ils sortent, vont au spectacle, écrivent des lettres,

se livrent aux actes les plus insensés, aux excès alcooliques, à toutes sortes de désordres et, comme on ne les voit que pendant cette période, on croit que c'est là leur caractère habituel et l'on ne sait généralement pas que, pendant d'autres périodes de leur existence, ces malades sont mélancoliques, affaissés, inertes et souvent même atteints de mutisme volontaire. Il y a un grand nombre d'individus de ce genre qui vivent ainsi dans la société, sans être jamais considérés comme des aliénés, fait très important à signaler pour la médecine légale et surtout au point de vue des testaments. Il arrive fréquemment, en effet, que des individus font, dans cet état, des testaments qui sont validés par des magistrats et invalidés par d'autres, parce que les uns considèrent ces états comme de simples bizar-

veries de caractère tandis que les autres y voient une véritable folie partielle se manifestant surtout par les actes.
La connaissance de ces faits cliniques est également très utile pour la recherche de l'hérédité des maladies mentales. On retrouve en effet, souvent parmi les ascendants des aliénés enfermés dans les asiles, des cas de parents qui ont vécu en liberté en présentant tous les caractères de l'état que nous venons de décrire et qui ont donné naissance à des enfants ayant des formes de folie plus intenses et plus caractérisées que la leur.
Le diagnostic différentiel de la Folie circulaire est souvent très difficile. D'abord, cet état de maladie passe souvent inaperçu, n'étant pas considéré comme une maladie mentale. On les regarde comme des originaux, des excentriques, des gens bizarres et non comme des aliénés. Ils

restent en liberté, dans leurs familles ou dans la société. On ne songe pas à les enfermer dans les asiles. Dans ces cas, il faut observer les malades pendant long-temps et suivre attentivement leurs diverses périodes pour pouvoir établir le diagnostic d'après les caractères que nous avons mentionnés précédemment.

Une autre difficulté du diagnostic réside dans la confusion possible avec la période d'excitation prodromique ou la 1re période d'optimisme de la Paralysie générale qui présente une grande analogie avec la Folie à double forme. Les paralytiques présentent des alternatives assez rapprochées de délire hypochondriaque et de délire de grandeurs sur lesquelles on a attiré l'attention avec raison sous le nom de Paralysie générale de forme

circulaire et qui donne lieu à des erreurs de diagnostic assez fréquentes. M.r le Dr Billod et l'un de ses élèves, le Dr Faire, ont attiré les premiers l'attention sur ces faits cliniques intéressants.

Dans ces cas, une étude attentive et prolongée des symptômes psychiques prolongée physique et de la marche comparée des deux maladies peut seule permettre d'établir le diagnostic avec quelque certitude. Les symptômes physiques eux-mêmes peuvent présenter quelque analogie, attendu qu'on observe quelquefois des symptômes congestifs et même un léger embarras de la parole pendant certaine période d'excitation de la folie circulaire qui la fait ressembler singulièrement à la période d'excitation de certains paralytiques généraux. Le délire des paralytiques généraux est ordinairement plus absurde et plus empreint de démence dès le début, que celui des circulaires qui présente une grande netteté et une grande activité intellectuelle

plus voisine de l'état normal de certains individus intelligents que de l'état de démence commençante.

Enfin, il y a comme signe distinctif, le caractère indiqué par Légis, de la bienveillance générale des paralytiques généraux opposés à la malveillance et au caractère satanique des circulaires. Mais le caractère quoique très général et important par cela même, n'est pas absolu. Aussi, le doute peut-il subsister dans l'esprit du médecin même le plus exercé, quand il n'a observé qu'un seul accès et surtout qu'une seule période d'accès et il faut souvent attendre la production de nouveaux accès et la marche générale de la maladie pour affirmer avec certitude que l'on a affaire à une période de paralysie générale, ou bien à une folie circulaire bien caractérisée.

Le diagnostic différentiel est également

difficile, dans certains cas, avec certaines formes de la Folie hystérique. Il y a certaines hystériques aliénées atteintes de ce que nous avons décrit précédemment sous le nom de Folie raisonnante des hystériques, dont l'exaltation loquace et exubérante présente les plus grandes analogies avec la période d'excitation maniaque simple des Folies circulaires. Ce diagnostic différentiel est quelquefois si difficile qu'il faut observer plusieurs périodes et plusieurs accès avant de pouvoir affirmer que l'on a affaire à une Folie circulaire vraie et non à une simple Folie hystérique (voir les caractères de la Folie hystérique raisonnante que nous avons décrits précédemment p.)

Le Pronostic de la Folie circulaire est grave. En effet, elle guérit très rarement, pour ne pas dire jamais (mon père a déjà indiqué ce pronostic d'incurabilité dans la gazette des hôpitaux en 1851, en ajou-

faut qu'il était bizarre que deux états maniaques et mélancoliques qui, pris séparément, étaient plus curables que d'autres états du même genre, acquéraient une véritable incurabilité quand ils se trouvaient réunis chez un même malade pour constituer par leur succession régulière la forme circulaire de la Folie.

Lorsqu'un malade a été atteint successivement de plusieurs accès de Folie circulaire presque toujours cette maladie se perpétue sous la même forme chez cet aliéné pendant toute sa vie jusqu'à la mort avec de simples différences de degrés d'intensité dans les accès ou dans chacune de ses périodes. Tous les cercles ne sont pas indentiques à eux-mêmes chez le même malade. On peut observer successivement deux cercles très intenses et ensuite d'autres cercles plus atténués

qui peuvent même passer inaperçus, soit dans la période mélancolique, soit dans la période maniaque ou dans les deux à la fois. On voit alors des malades de ce genre sortir des asiles et rentrer dans leur famille et alors l'alternance des deux états qui continue passe inaperçue parce que ces deux états sont atténués d'une façon très notable, atténuation des cercles qui peut durer pendant plusieurs années jusqu'à ce qu'un nouveau cercle plus intense survienne et oblige alors à replacer les malades dans les asiles d'où ils étaient sortis comme guéris plusieurs années auparavant. Cette variété fréquente dans les degrés d'intensité des différents cercles que nous avons signalée à propos de la marche de la maladie mérite d'être rappelée au point de vue du pronostic parce qu'on peut à tort prendre ces simples diminutions d'intensité de la maladie pour de véritables guérisons. De plus, il y a certains accès très intenses qui ont une durée très courte et d'autres moins carse-térisés qui ont une très longue durée. Certains malades restent quelquefois ain

ou six ans dans l'état mélancolique ou dans l'état maniaque. La durée de l'intermittence entre les accès est quelquefois également très variable, tantôt très courte et tantôt très longue, de sorte que l'on peut commettre beaucoup d'erreurs dans le diagnostic et le pronostic de cette maladie. Mais on peut poser en principe que dès lors que l'on a constaté bien clairement l'existence de plusieurs cercles de folie circulaire chez un malade alors même qu'il paraît guéri momentanément on doit redouter le retour d'un nouveau cercle présentant la même succession de l'état mélancolique et de l'état maniaque. La folie circulaire ou à double forme est donc une maladie grave puisque elle ne guérit jamais d'une manière durable, mais, comme nous l'avons déjà dit précédemment, elle ne se transforme pas et n'aboutit jamais à la démence On les retrouve à 20 ans dans le même

état qu'à 25 ans, aussi actifs de corps et d'esprit, aussi vifs et aussi entreprenants que dans la jeunesse. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer des malades de ce genre et un homme en particulier que notre position personnelle nous a permis de suivre pendant 17 ans. Il est d'un accident congestif mais présentant presque le même degré d'activité intellectuelle que pendant la jeunesse.

Ces symptômes congestifs se produisant à divers intervalles pendant la vie, dans la période mélancolique mais surtout dans la période maniaque, dont nous avons parlé précédemment à propos de la marche de la maladie méritent d'être rappelés au point de vue du pronostic, attendu que l'on doit toujours prévoir l'apparition et que l'on doit savoir à l'avance qu'ils peuvent déterminer la mort de ces malades. Médecine légale de la folie circulaire. Dans les cas très caractérisés de Manie pure

ou précédés d'une période mélancolique très intense et très prolongée, l'existence de la maladie mentale et son irresponsabilité ne peuvent faire aucun doute pour personne. Mais il n'en n'est pas de même dans les cas moins évidents de Folie circulaire et, lorsque les malades, au lieu d'être enfermés dans les asiles sont en liberté dans la société ou dans leur famille. Comment apprécier alors la valeur légale des actes auxquels ils se livrent aussi bien des actes civils que des actes criminels. C'est là une des questions les plus délicates de la médecine de la Folie. D'abord, il y a les intervalles lucides, pendant lesquels les malades recouvrent momentanément toute leur liberté morale, quand l'intervalle lucide est complet. Ils doivent alors être considérés comme responsables de leurs actes et comme pouvant faire des

actes civils variables

Mais pendant les accès de Manie ou de Mélancolie caractérisés, comment déclarer qu'ils sont responsables de leurs actes civils sont valables ? La difficulté n'existe pas pour les accès très intenses et très caractérisés de ces malades internés dans les asiles et au summum de leurs accès. Mais dans les périodes de transition entre l'un et l'autre et dans les périodes de simples rémissions qui ne sont pas le véritable intervalle lucide. En réalité, on ne peut admettre la pleine responsabilité que pendant l'intervalle lucide vrai. Il en est des circulaires comme des Epileptiques. Lorsqu'ils sont en plein accès de délire, ils sont irresponsables et lorsqu'ils sont dans un état intermédiaire, on peut se demander jusqu'à quel point la responsabilité existe malgré les apparences de raison, et puisqu'il y a doute dans les états mixtes, ils doivent alors profiter du bénéfice de l'irresponsabilité, les présomp-

tions étant évidemment dans ce sens plus
que dans celui de la persistance complète
du libre arbitre.
La médecine légale des circulaire est surtout
difficile parce que beaucoup de ces malades
vivent dans la société ou dans la famille
et ne sont pas enfermés dans les asiles
Aussi les Testaments faits par eux dans ces
conditions sont ils souvent très difficiles à
apprécier après leur mort d'après les témoi-
gnages très incomplets et contradictoires
des personnes qui ont vécu avec eux.
Les uns sont invalidés d'après les term
mêmes du Testament et les autres au
contraire, ou bien ne sont contestés par
personne ou bien sont validés par les ma-
gistrats et même par les médecins
On ne pourra perfectionner la médecine
légale de la folie circulaire que par
une étude de plus en plus complète

de cette forme de maladie mentale, de ses degrés et de ses variétés de marche, et plus on arrivera à la connaître exactement dans toutes ses phases et dans tous ses détails et plus on sera convaincu que ces malades sont de véritables aliénés et devraient jouir presque toujours même dans leurs meilleurs moments du bénéfice de l'irresponsabilité.

Médecine légale de la folie circulaire

La médecine légale de cette maladie a été très peu étudiée, car on a rarement l'occasion de se prononcer sur des cas de ce genre, mais elle est extrêmement difficile, comme je l'ai déjà indiqué précédemment. Il y a d'abord les cas légers qui peuvent passer pour de simples variétés de caractère pour des modifications dans l'humeur des individus qui en sont atteints et dans lesquels on ne peut affirmer que l'on a affaire à une véritable folie caractérisée pouvant priver l'individu du libre arbitre, de la responsabilité. De tous les cas voisins de l'état de raison, dans lesquels il est très difficile de se prononcer.

C'est surtout difficile à juger au point de vue des actes civils et en particulier

des testaments. Les malades sont alors tellement voisins de l'état normal qu'il est très difficile d'affirmer que l'on a affaire à un véritable aliéné, qu'on peut priver de ses droits civils.

Il n'en est pas de même dans les cas très caractérisés pour les malades enfermés dans les asiles, lorsque l'état maniaque ou l'état mélancolique sont très caractérisés et très intenses. Dans ces cas, le doute n'est plus possible pour les périodes d'accès, mais il reste pour la période de rémission ou d'intervalle lucide si l'acte si l'acte civil a été fait pendant l'intervalle lucide vrai il doit être regardé comme valable mais la difficulté pratique augmente à mesure que l'on connait mieux les variétés de marche et les degrés différents d'intensité et de durée des diverses périodes de la folie circulaire que nous

avons signalées précédemment et qui se rencontrent dans la société. Si ces individus qui vivent dans le monde, qui sont des descendants d'aliénés, qui ont passé 15 et 20 ans de leur vie dans des alternatives de dépression et d'excitation, laissent après leur mort, s'ils disposent de leur fortune en faveur de telle ou telle personne de leur famille, ou en faveur d'étrangers, comment affirmer après leur mort qu'ils ont été véritablement aliénés et qu'on doit casser leur Testament? Il y a là une difficulté énorme qu'une étude clinique plus attentive et plus et complète des diverses variétés de la Folie circulaire peut seule permettre de trancher dans chaque cas particulier, mais qui ne peut être résolue d'une manière générale et absolue. Car la médecine légale de la Folie circulaire sera toujours l'une des

plus difficiles de la Pathologie mentale, à cause des variations d'état chez le même individu d'un moment à l'autre, à cause des intervalles lucides plus ou moins complets et plus ou moins prolongés de la difficulté de distinguer l'intervalle lucide vrai de la simple rémission et à cause du séjour habituel de ces malades dans le monde et dans la famille et non dans les asiles d'aliénés.

Du reste, jusqu'à présent, on a eu rarement l'occasion d'appliquer à ces cas la médecine légale, parce que la plupart d'entre eux passent inaperçus et ne sont pas considérés comme des cas d'aliénation mentale et si ces malades font des testaments, ils sont généralement considérés comme valables et ne donnent lieu à aucune contestation.

M. Legrand du Saulle dans son ouvrage n'a cité que deux autres exemples

de ce genre. M. Billé n'en cite qu'une

La médecine légale de la folie circonscrite est donc à faire toute entière

---

Médecine légale de la Folie Circulaire.

Ce chapitre est un des plus difficiles à traiter, dans l'état de nos connaissances. S'il ne s'agissait que des cas extrêmes dans lesquels la Manie et la Mélancolie sont complètement caractérisés et l'aliénation mentale évidente pour tous (comme cela a lieu chez certains malades enfermés depuis longtemps dans les asiles d'aliénés) rien ne serait plus facile que de proclamer leur irresponsabilité, soit au point de vue civil soit au point de vue criminel.

Mais sans parler des périodes d'intervalles lucides, qui se produisent entre les accès de Manie et de Mélancolie et pendant lesquels on doit admettre le retour momentané de la responsabilité (à moins que cet intervalle ne soit très court et très incomplet) que penser de ces cas dans lesquels les accès de Manie et de Mélancolie sont tellement atténués dans l'ensemble de leurs symp-

Dômes que les malades ont seulement une modification d'humeur sans avoir perdu la raison, sentent eux-mêmes qu'ils jouissent encore de leur libre arbitre et sont jugés tels par leur famille et par tout leur entourage. Les malades n'ont jamais été enfermés comme aliénés et ne sont pas considérés comme tels, et cependant un médecin attentif, expérimenté et bon ~~expérimen~~ observateur ne peut pas méconnaître chez eux l'existence de deux états opposés qui représentent comme deux hommes totalement opposés, totalement différents, dans le même corps selon les moments où on les observe.

Eh bien que penser, par Ex, de la valeur d'un testament fait dans l'une ou l'autre de ces deux conditions mentales? Lorsque le malade est dans la Mélancolie et voit tout en noir, il peut, sous l'influence de ses idées tristes qui lui font apparaître le monde entier comme hostile et décoloré,

donner la fortune à certaines personnes ou à certaines institutions en rapport avec ses idées du moment tandis que dans la période inverse alors qu'il verra tout en beau, tous des couleurs favorables, sans crainte et sans défiance et sous un prisme optimiste, il aura des des dispositions toutes différentes envers les choses et les personnes et il fera de certaines cause qu'il avait, au contraire, favorisés pendant l'autre période de la maladie. Une autre difficulté plus grande encore, se présente souvent dans la pratique. L'une des deux périodes seule est considérée comme une période réellement morbide. C'est tantôt la période mélancolique et tantôt la période maniaque, selon les sujets, tandis que l'autre période est envisagée par le malade lui-même et par sa famille et son entourage, comme étant son état réellement normal. Tandis que pour l'observateur expérimenté et qui connaît bien cette maladie, ces deux périodes sont également maladives quoique l'une et l'autre elles ont

des caractères évidemment moins accusée que l'autre.

Dans ces cas difficiles, comment se prononcera le médecin légiste ? Sera-t-il de l'avis du public et du malade, ou bien suivra-t-il l'avis du médecin plus expérimenté ? La perplexité sera grande ; car rien n'est difficile comme d'émettre une opinion sérieuse dans ces cas délicats qui sont certainement les plus litigieux de la médecine mentale et ceux où la limite est la plus difficile à poser entre la raison et la Folie !

Médecine légale

— très difficile et peu étudiée jusqu'à présent.

— Dans les cas très caractérisés, c'est très simple

Mais sans parler des intervalles lucides vrais où l'on peut admettre la responsabilité, il y a :

1°. Les cas d'accès atténués, pendant lesquels on peut discuter la responsabilité

2°. Les cas où une seule période est considérée comme morbide.

3°. Les périodes de transition et de simples rémissions.

4°. La question des testaments.

Phrase terminale pour la Médecine légale de la Folie circulaire.

« On ne pourra perfectionner la médecine légale de la Folie circulaire que par une étude de plus en plus complète de cette forme de maladie mentale, de ses degrés et de ses variétés de marche, et plus on arrivera à la connaître exactement dans toutes ses phases et dans tous ses détails et plus on verra combien que ces malades sont de véritables aliénés et devraient jouir presque toujours même dans leurs meilleurs moments du bénéfice de l'irresponsabilité »

3 Xbre 78

Diagnostic différentiel.

1°. Dire qu'il y a beaucoup d'observations de Folie circulaire prises à tort pour des Folies raisonnantes (voir plusieurs observations dans le livre de Dielat)

2°. Etablir le diagnostic différentiel de la période mélancolique avec les diverses variétés de la Mélancolie et surtout la Mélancolie avec stupeur, et de la période d'excitation avec la Manie ordinaire, la Folie raisonnante et la Folie hystérique.

3°. Indiquer les causes d'erreur du diagnostic qui résultent de ce qu'un des stades est très atténué et passe inaperçu. On croit alors à une manie simple ou à une mélancolie simple, l'autre état passant pour de l'état normal.

4.° Etude comparative de la période d'excitation de la Paralysie générale au début ou manie congestive, et de la période d'excitation de la Folie circulaire, diagnostic différentiel souvent très difficile.

Diviser le chapitre du diagnostic différentiel en 3 parties.

1.° Diagnostic de l'état de Folie et de l'état de raison.

Dans le stade mélancolique comme dans celui d'excitation. Il y a, sous ce rapport, des cas très difficiles où il est presque impossible de décider, s'il y a raison ou Folie et par conséquent responsabilité civile ou criminelle, ou possibilité de séquestration. (Ex. la malade de Charenton dont m'a parlé le Dr Taine, pour laquelle l'état de Folie, malgré l'excitation évidente, paraissait douteux.)

2.° Diagnostic de l'état dépressif et des di-

verses variétés de la Mélancolie, surtout la stupeur, et de l'état d'excitation avec la manie ordinaire, la Folie raisonnante et la Folie hystérique. Pour cette dernière, il y a dans les deux cas, disposition à la mythomanie et inventions mensongères, mais dans la Folie circulaire il y a réellement plus d'excitation maniaque vraie, de désordre dans les actes et de bizarreries de costumes avec action de ramasser dans ses poches et dans ses tiroirs, que dans la Folie hystérique où les malades conservent plus d'apparences de raison, posent davantage, sont plus comédiennes, tout en étant très disposées aux actes violents instantanés, mais de courte durée et avec plus de calme habituel.

3° Diagnostic différentiel entre l'excitation de la Folie circulaire et la période expansive ou congestive de la Paralysie générale au début. Dans les deux cas, il y a sentiment de bien être et d'exubérance de santé et disposition générale à la disposition, mais dans la Paralysie générale les idées délirantes sont plus multiples, plus absurdes et plus

contradictoires et il y a, dans toutes, un fond de démence qui n'existe pas dans l'excitation de la Folie circulaire.

Plan de la Leçon sur la Folie circulaire

1°. Historique depuis les anciens jusqu'à nos jours.

2°. Description symptomatique de la maladie

1°. Période de dépression

2°. Période d'excitation

3°. Passage d'une période à l'autre ou intervalle lucide

3°. Marche générale de la Maladie

1°. Evolution de l'accès

2°. Evolution générale de la maladie

4°. Diagnostic différentiel.

1°. Avec la Manie ou la mélancolie périodique

2°. Avec la Folie hystérique ou raisonnante

3°. Avec la Paralysie générale

5°. Etiologie. Hérédité; âge, sexe. Fréquence dans les asiles et bien plus grande dans le monde.

6°. Pronostic. grave, mais on peut espérer des suspensions ou des atténuations, pas de passage à la démence.

7°. Traitement; peu efficace. Combattre les symptômes.

8°. Médecine légale. très difficile à cause des cas légers qui ne sont pas encore ou ne sont plus de la Folie.

La folie circulaire.

Chapitre troisième.

1° Etiologie.

2° Fréquence

3° Diagnostic différentiel

4° Pronostic

5° Anatomie pathologique.

6° Traitement. Séquestration et médicaments.

7° Médecine légale

8° Historique

Comment moyen de citer au bas de la page

1° Mon père : Gazette des hopitaux Cours de médecine mentale 1854 et Bulletin de l'académie, reproduit dans son livre.

2° Baillarger. Gazette hebdomadaire et bulletin de l'académie Annales médico-psychologiques.

3.° Petit traité de la Folie à double forme.

Titre à donner pour le 3me chapitre de l'article sur la Folie circulaire

Applications des données cliniques précédentes au diagnostic, au pronostic, au traitement et à la médecine légale.

Conséquences pratiques de l'Etude de la Folie circulaire.

Troisième Partie.

Diagnostic – Etiologie – Pronostic – Traitement – Médecine légale.

Résumé de la marche de la Folie circulaire

1° Période de début.

2° Durée variable des accès

3° Durée variable de chaque période dans un même accès

4° Intensité variable des périodes et des accès

1° chez un même malade

2° chez des malades différents

5° Degré atténué chez les malades observés dans le monde.

6° Degrés plus intenses chez les malades observés dans les Asiles.

Résultats auxquels nous sommes arrivés après une observation prolongée.

1° Ces malades n'aboutissent pas à la démence

2° Les accès se raccourcissent avec l'âge, dans leur ensemble et dans chacune de

leurs périodes ainsi que l'intervalle lucide qui tend à disparaître.

3°. Accidents cérébraux observés pendant la vie et déterminant quelquefois la mort.

Résumé de la marche de la Folie Circulaire
(suite)

1°. Mode de début

2°. Durée variable des accès. A courtes et à longues périodes

3°. Durée variable de chaque période dans un même cercle.

Longueur de l'intervalle lucide

4°. Intensité variable de chaque stade chez le même individu et chez des individus différents.

Lois générales des Folies périodiques

5°. Les deux stades atténués à certains cercles, ou bien un seul stade atténué, l'autre étant très intense.

chez un même malade et chez des malades différents.

1re catégorie. Forme de peu d'intensité offerte dans le monde, degré le plus léger et le plus souvent inaperçu.

2me Catégorie.

Deux degrés différents parmi les malades enfermés dans les asiles.

1° Excitation maniaque simple ou état maniaque caractérisé.

2° Dépression mélancolique simple ou Mélancolie très caractérisé pouvant aller jusqu'à la stupeur.

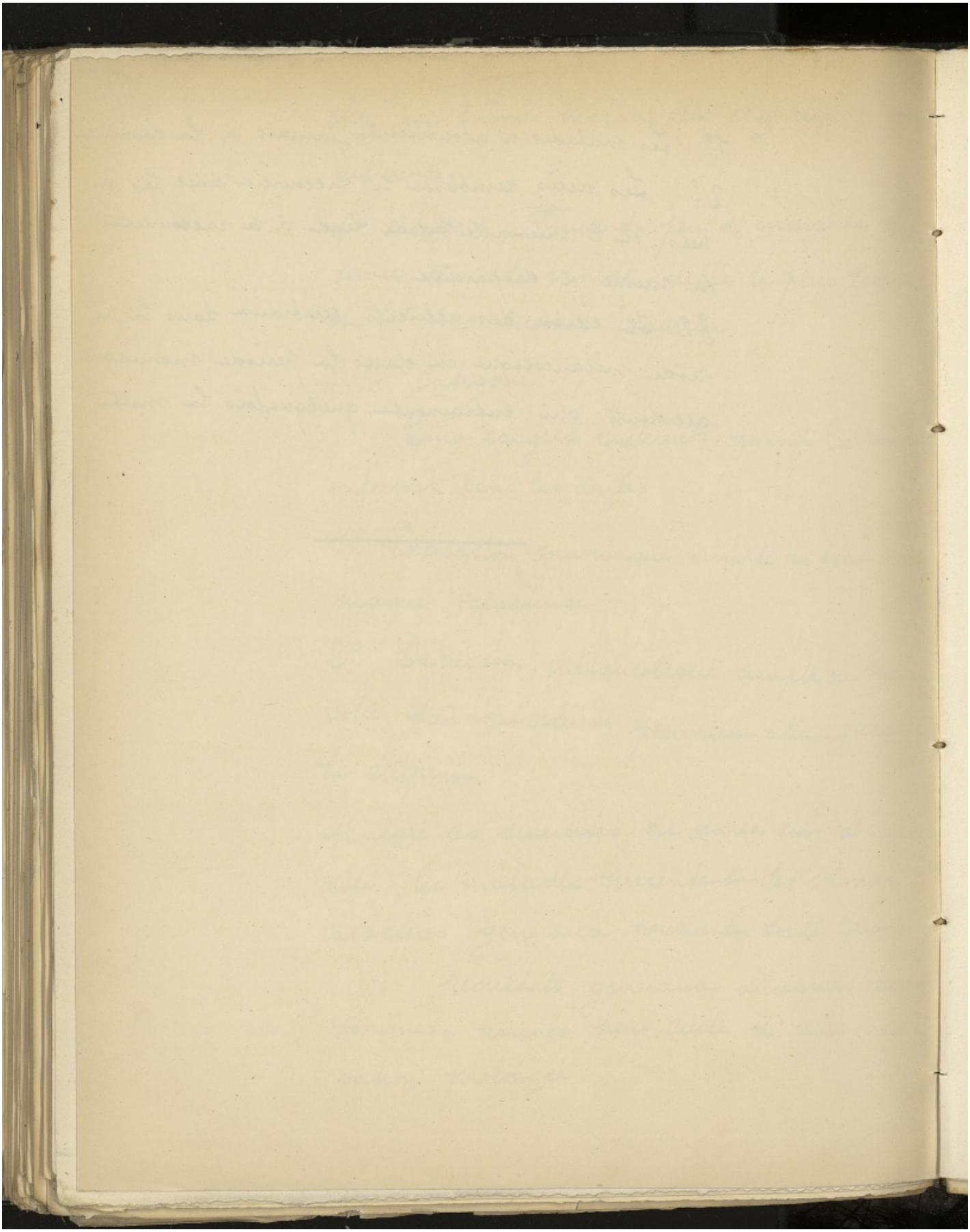
Malgré ces diversités de durée et d'intensité, les malades présentent les mêmes caractères généraux pendant toute leur vie.

Résultats généraux auxquels nous sommes arrivés par suite d'une observation prolongée.

1.° Les malades n'aboutissent jamais à la démence

2.° Les accès semblent se raccourcir avec les années et l'intervalle lucide tend à se raccourcir ou même à disparaître.

3.° Il existe des accidents cérébraux dans la période mélancolique et dans la période maniaque accidents qui entraînent quelquefois la mort.



6 Juillet 89.

Sujets à traiter brièvement pour finir l'article sur la Folie circulaire.

1° Diagnostic différentiel.

1° avec la manie et la Mélancolie, périodique ou non.

2° avec la Folie hystérique ou raisonnante

3° avec la Paralysie générale, forme expansive ou période de début.

2° Etiologie. Hérédité. Age, sexe. Fréquence relative dans le monde et dans les asiles.

3° Pronostic. Grave mais variable selon les variétés. On peut espérer des suspensions ou atténuations

4° Traitement. Peu efficace.

Médecine des symptômes

Legrand du Saulle, Sulfate de quinine.

Question de séquestration.

5.° Médecine légale. Très difficile à cause des cas légers et des périodes variables

6.° Historique. Discussions avec Baillarger

16 Juillet 39.

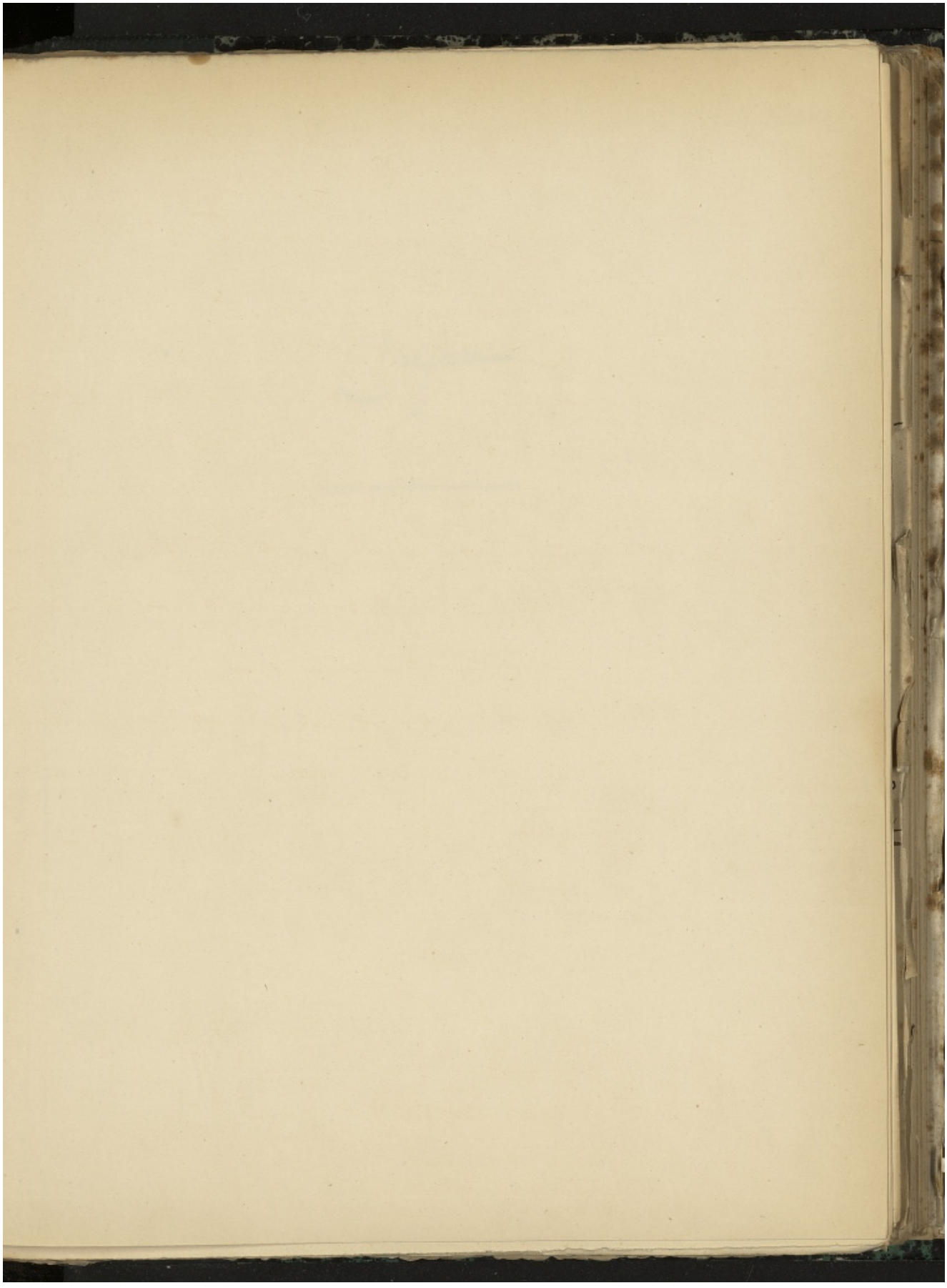
Variedés de Marche de la Folie circulaire

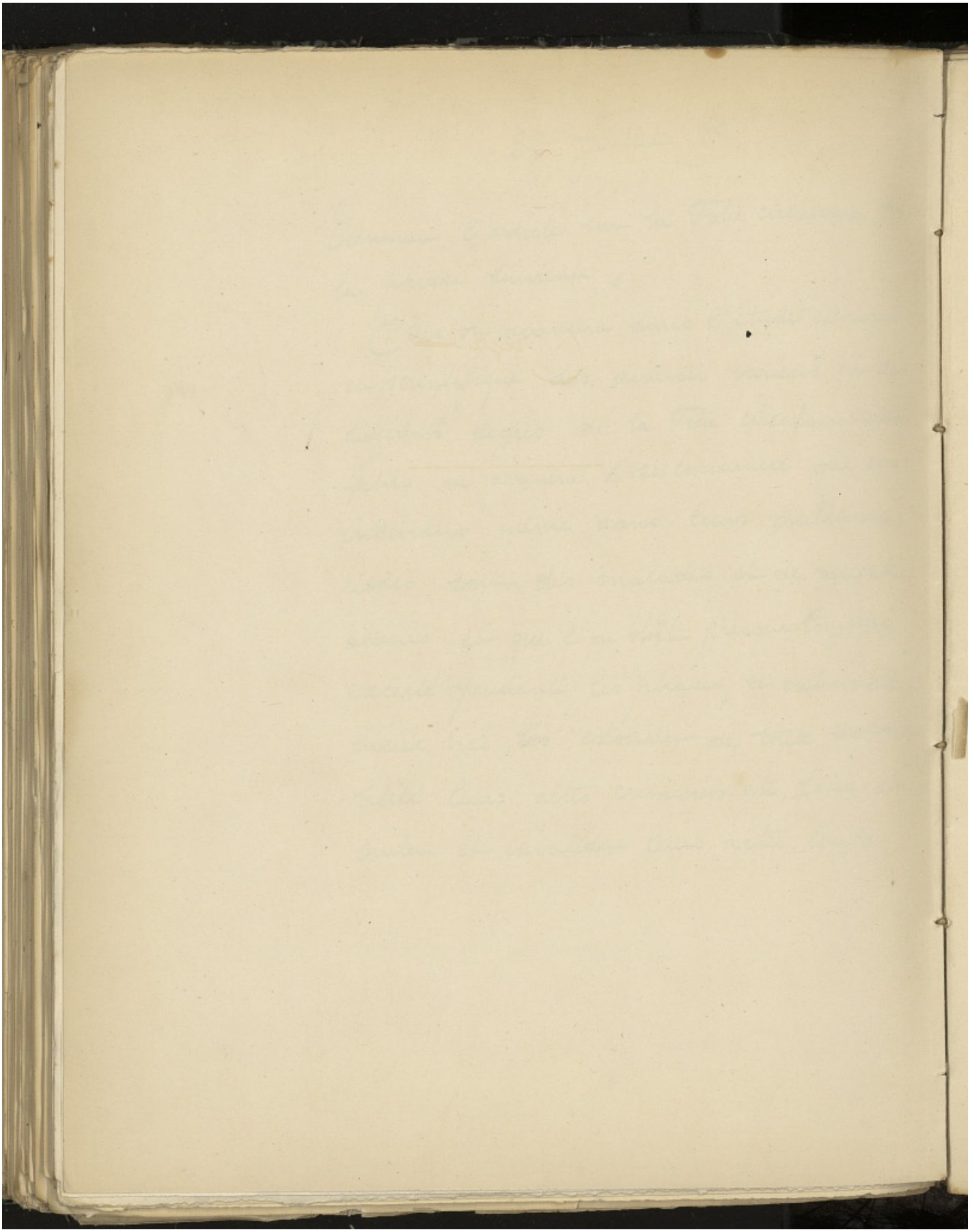
1°. Période de début
2°. Durée variable des accès
3°. Durée variable des périodes dans chaque accès
4°. Intensité variable des périodes et des accès.
5°. Formes atténuées observées dans le monde
6°. Degrés plus intenses observés dans les asiles.
7°. La maladie n'aboutit pas à la démence
8°. Les accès se raccourcissent avec l'âge et l'intervalle lucide tend à disparaître.
9°. Accidents cérébraux passagers observés pendant la vie et pouvant déterminer la mort

28 juillet 89.

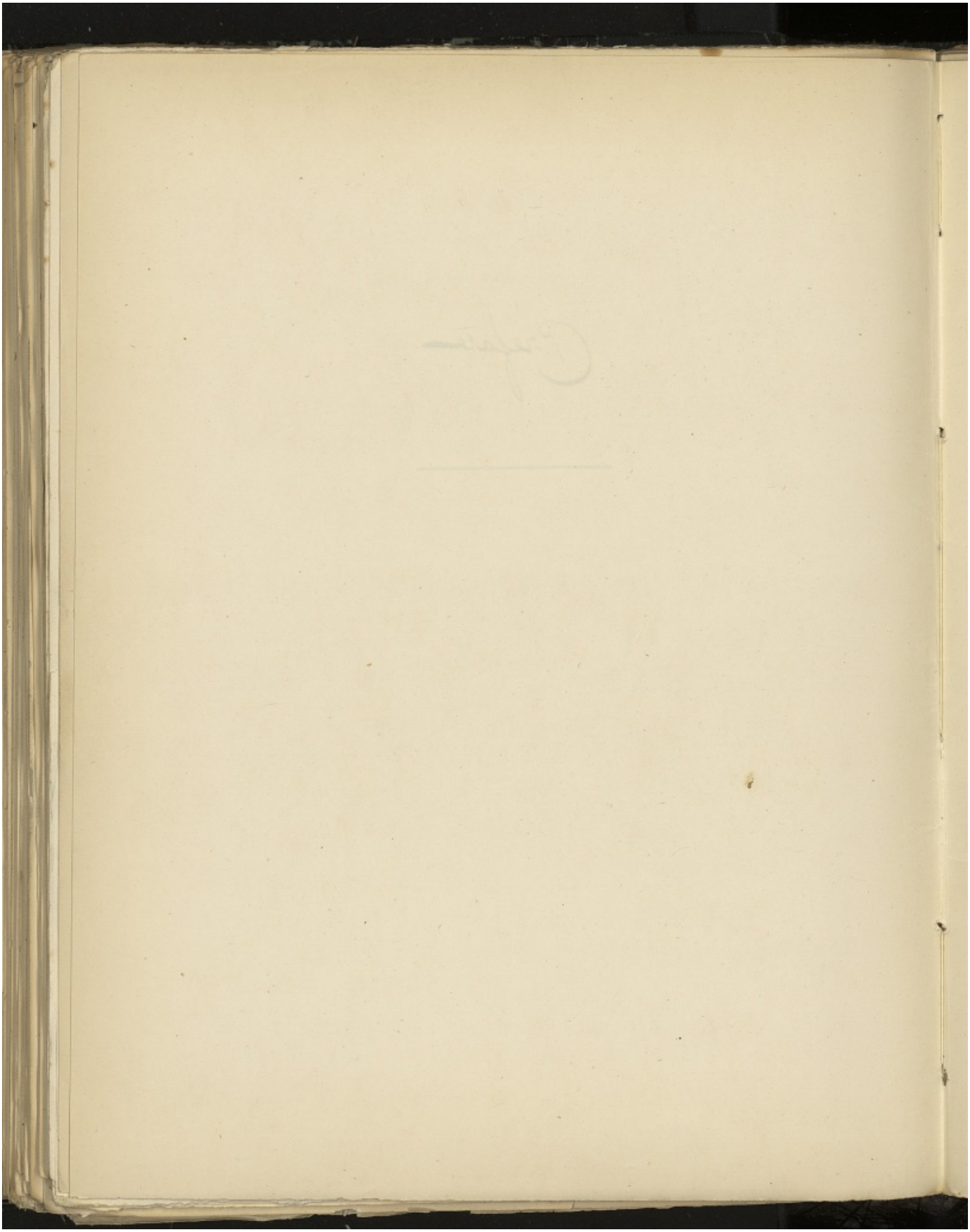
Terminer l'article sur la Folie circulaire par la phrase suivante :

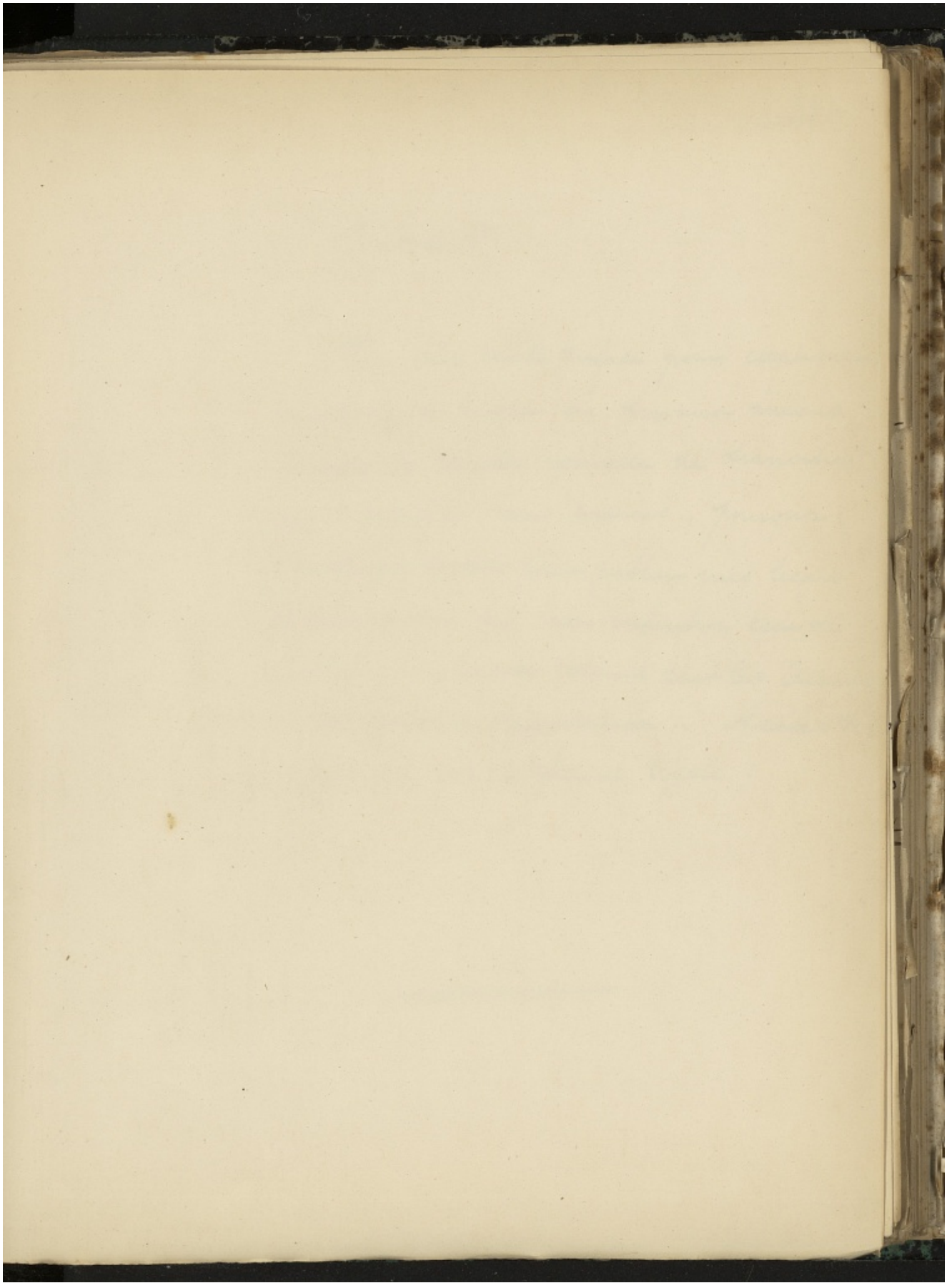
(Plus on avancera dans l'étude clinique et scientifique des diverses variétés et des différents degrés de la Folie circulaire et plus on arrivera à se convaincre que ces individus même dans leurs meilleures périodes sont des malades et de véritables aliénés et que l'on doit presque toujours, excepté pendant les phases d'intervalle lucide vrai, les exonérer de toute responsabilité leurs actes criminels et faire annuler et invalider leurs actes civils.

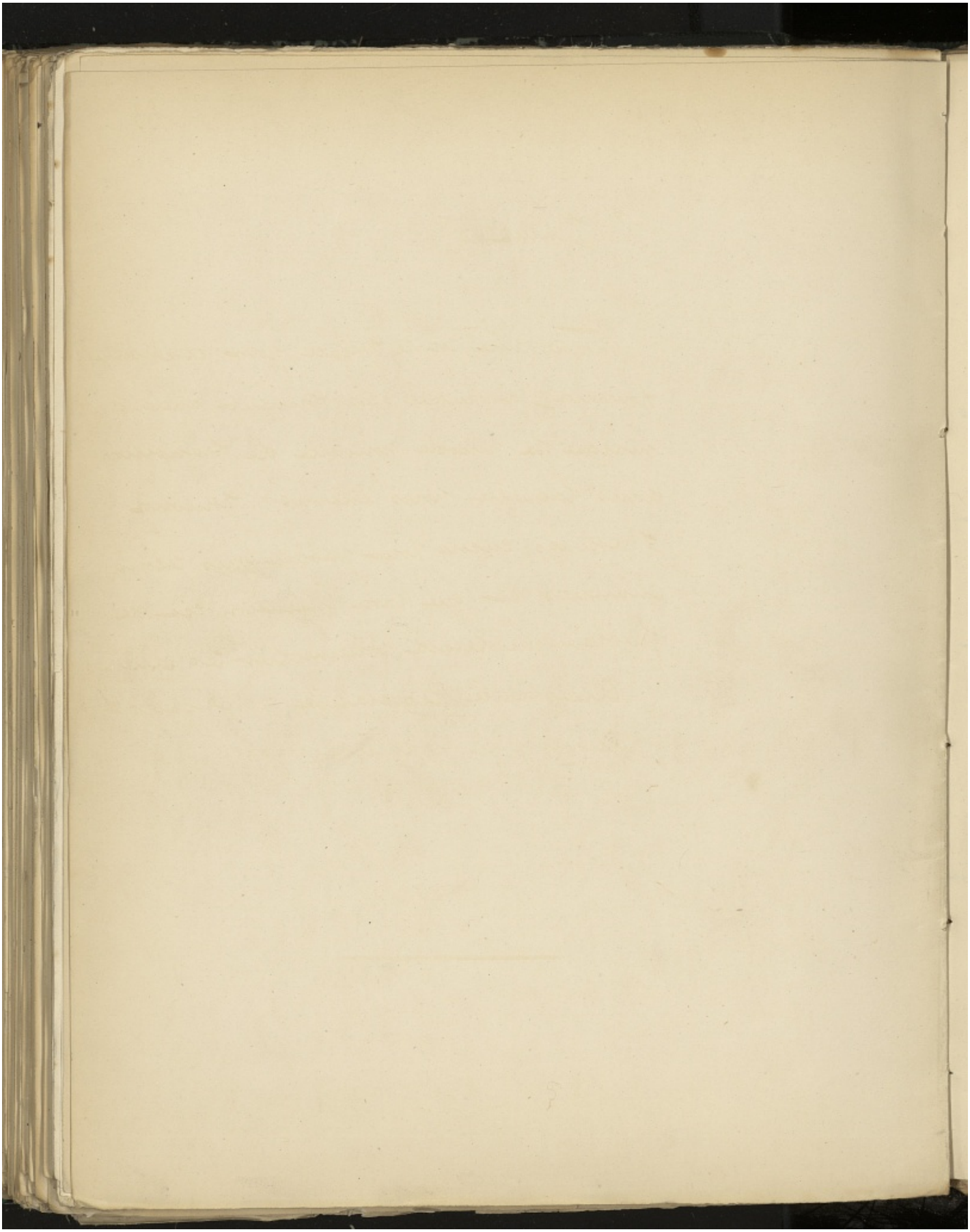




Préface







5e Juillet 89.

Faire une courte préface pour expliquer pourquoi j'ai publié ces travaux anciens malgré la période nouvelle de transition dans laquelle nous entrons, pourquoi j'attends encore pour publier mes leçons cliniques et que mon intention est de publier un second volume sur les Aliénés (Assistance législation. Asiles d'Aliénés et Médecine légale)

Pour la Préface.

1.° Indiquer les noms de mon père, de Morel et de Lasègue comme mes maîtres, dans l'introduction

2.° Dire une phrase sur les conditions particulières dans lesquelles j'ai passé, mon existence et qui m'ont fourni une expérience précoce.

3.° Parler de la classification dont on a conservé la façade mais dont l'intérieur est détruit

4.° Nous sommes à une époque de transition ; l'édifice est détruit mais il n'est pas reconstruit

5.° Parler des conquêtes déjà faites et acquises à la science et des

régions encore inexplorées à découvrir dans l'avenir. La science est à faire et n'est pas encore faite. Il ne faut donc pas diagnostiquer aujourd'hui pontife d'une Eglise orthodoxe et excommunier les dissidents au nom d'un dogme immuable qui n'existe pas encore et il faut laisser un libre champs ouvert à l'esprit de libre examen.

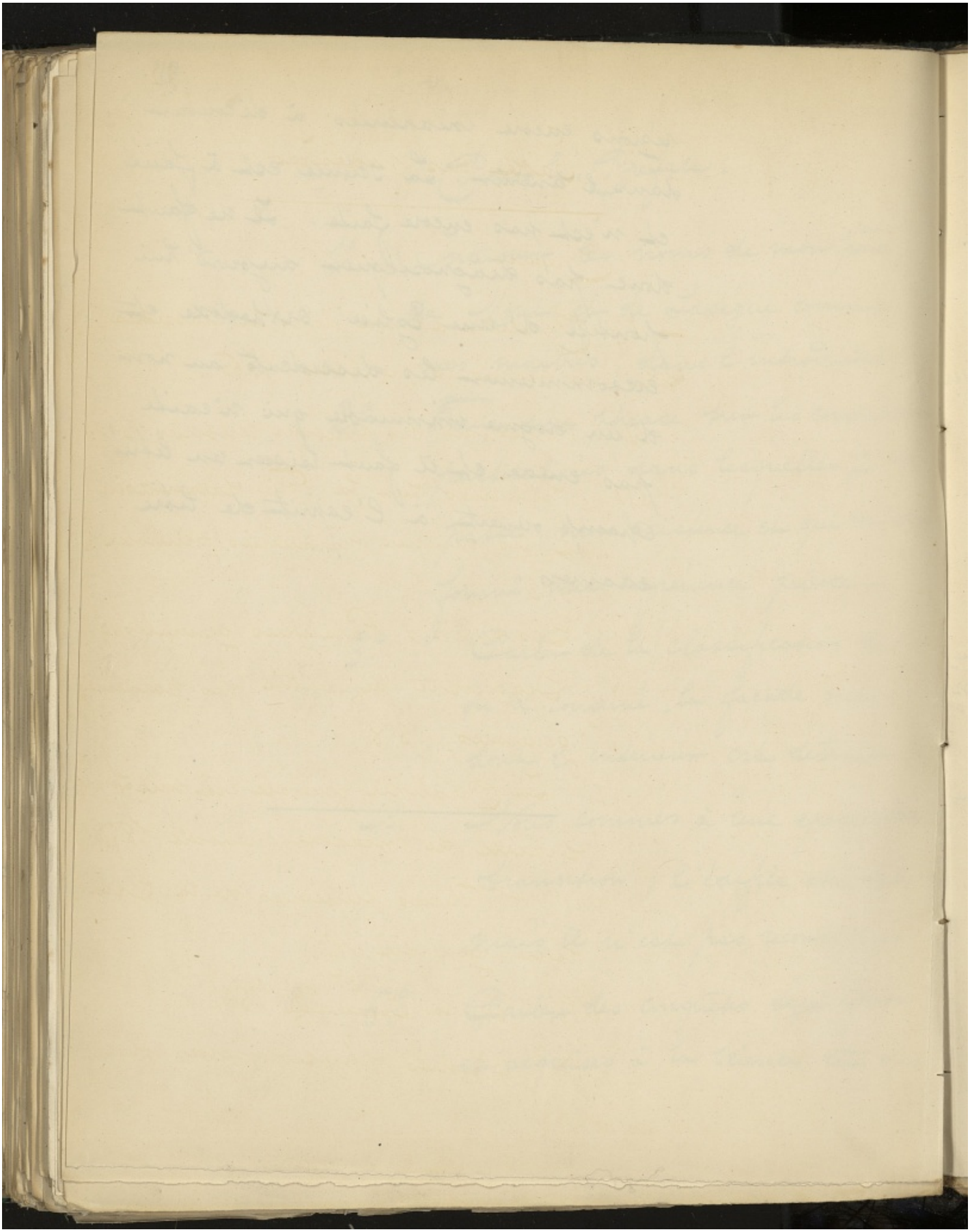


Table des matières.

Préface.

— I Principes à suivre dans la classification des maladies mentales, 1860.

II Tenéologie des affections cérébrales 1860

III Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales. 1853

IV Des diverses Paralysies générales 1857

V Diagnostic différentiel des paralysies générales, 1858

VI La Paralysie générale est une forme spéciale de maladie mentale 1858

VII Variétés cliniques de la Paralysie générale 1858

VIII De la Catalepsie 1854

IX Théories physiologiques de

L'Epilepsie 1862

X Etat mental des Epileptiques 1860

XI Troubles du langage et de la mémoire des mots dans les affections cérébrales 1864

XII Folie raisonnante ou Folie morale. 1er discours 1866

XIII Folie raisonnante ou Folie morale. Second discours. Réponse à Mr Delasiauve 1866

XIV La Folie à deux ou Folie communiquée (en collaboration avec le Dr Lasègue) 1877.

XV La Folie circulaire, ou Folie à formes alternes. 1878 et 1879

---

22 juillet 89.

Citations à faire au bas de la page.

1.° Mon père. Gazette des hopitaux 1851

2.° Id. ses Leçons cliniques en 1854 et son discours à l'Académie. Janvier 1854

3.° Baillarger. Mémoire dans la Gazette hebdomadaire. 2 discours à l'académie en Janvier et Février 1854. et Articles dans les Annales sur la Folie circulaire

4.° Legrand du Saule guérison d'une Folie circulaire par le sulfate de quinine et Testaments contestés pour cause de Folie.

5.° Billod. Paralysie générale circulaire

6.° Faure, thèse sur la Paralysie générale circulaire

7.° Renvois à mon livre pour la Folie hystérique, les caractères du délire

des paralytiques et l'état mental des Epileptiques.

8°. relever les erratas des bonnes feuilles du livre pour en faire une rectification à la fin du volume.

---

27 juillet 89

Idées à exprimer dans la Préface

1° Je réunis ici, en un volume, des mémoires qui ont été publiés par moi à diverses époques de 1853 à 1878, dans différents recueils et surtout dans les Archives générales de médecine et dans les Annales médico-psychologiques, sur les Maladies mentales et les maladies nerveuses.
(Paralysie générale, Folie raisonnante, Folie à deux, Folie circulaire, Catalepsie, Epilepsie et Aphasie)

2° Je me suis borné à les reproduire intégralement tels qu'ils ont paru à cette époque en ayant le soin d'indiquer exactement en tête de chacun de ces mémoires, la date de leur publication et le recueil duquel ils sont extraits, afin de bien

constater l'année de leur apparition et de ne pas étonner le lecteur par le contraste qui peut exister de temps en temps entre les idées exprimées dans ces divers travaux et l'état actuel de la science sur le même sujet. Il est, en effet, des études renfermées dans ce volume qui n'ont pas vieilli et qui sont toujours en rapport avec l'observation vraie des maladies mentales telles que celles sur les caractères du délire dans la Paralysie générale, sur l'état mental des Epileptiques, sur les diverses variétés de la Folie raisonnante sur la Folie à deux et sur la Folie circulaire; mais il en est d'autres, au contraire, telles que celles sur les diverses paralysies générales et sur l'Aphasie, dans lesquelles la science a évidemment progressé depuis

25 ou 30 ans qui auraient eu besoin d'être remaniées et mises en rapport avec les découvertes plus récentes qui ont modifié sous ce rapport l'état de la science, par ex : sur les rapports entre la paralysie générale et la syphilis et sur les pseudo paralysies générales et les études nouvelles faites sur les localisations cérébrales et l'Aphasie à l'étranger et surtout en France sous l'influence de Charcot et de ses élèves (École de la Salpétrière)

Mais ces remaniements auraient exigé une refonte complète de ces travaux et nous avons préféré conserver leur véritable date, l'empreinte et le cachet spécial de l'époque même où ils ont été publiés

3° Indépendamment des 15 mémoires que je réimprime dans ce volume et qui sont tous relatifs à des Études cliniques sur

les maladies mentales et nerveuses, j'ai encore à faire paraître dans les mêmes conditions, un second volume qui contiendra tous les autres travaux déjà publiés antérieurement à diverses époques (dans le même espace de temps de 1853 à 1878) et qui sont relatifs à des questions concernant la législation, l'assistance et les asiles d'aliénés, mémoires qui constitueront un 2me volume semblable à celui que nous publions aujourd'hui.

— Recueil d'articles présentant un caractère d'utilité générale et d'intérêt permanent.
— Travaux épars dans les recueils principalement dans les Archives de médecine et les Annales médico-psychologiques.
— Sur le conseil des parents et des amis, il a réuni en un volume les travaux épars dans les recueils.

28 Juillet 89.

— Travaux à faire
1° La préface du livre
2° La table des Matières et l'errata
3° Le discours d'ouverture du Congrès
4° Le rapport sur les Obsessions, pour la 3me séance du Congrès.

28 Juillet 89.

Idées à exprimer dans la Préface ou dans le discours d'ouverture.

1°. J'ai eu 3 maîtres auxquels je dois tout : Mon père, Morel et Lasègue.

2°. Depuis Pinel et Esquirol, trois générations ont été sacrifiées aux mêmes idées et il est rare que dans une science quelconque des doctrines vivent aussi longtemps, sans modifications profondes et qu'une petite Eglise dogmatise à ce point sans conteste et sans dissidence.

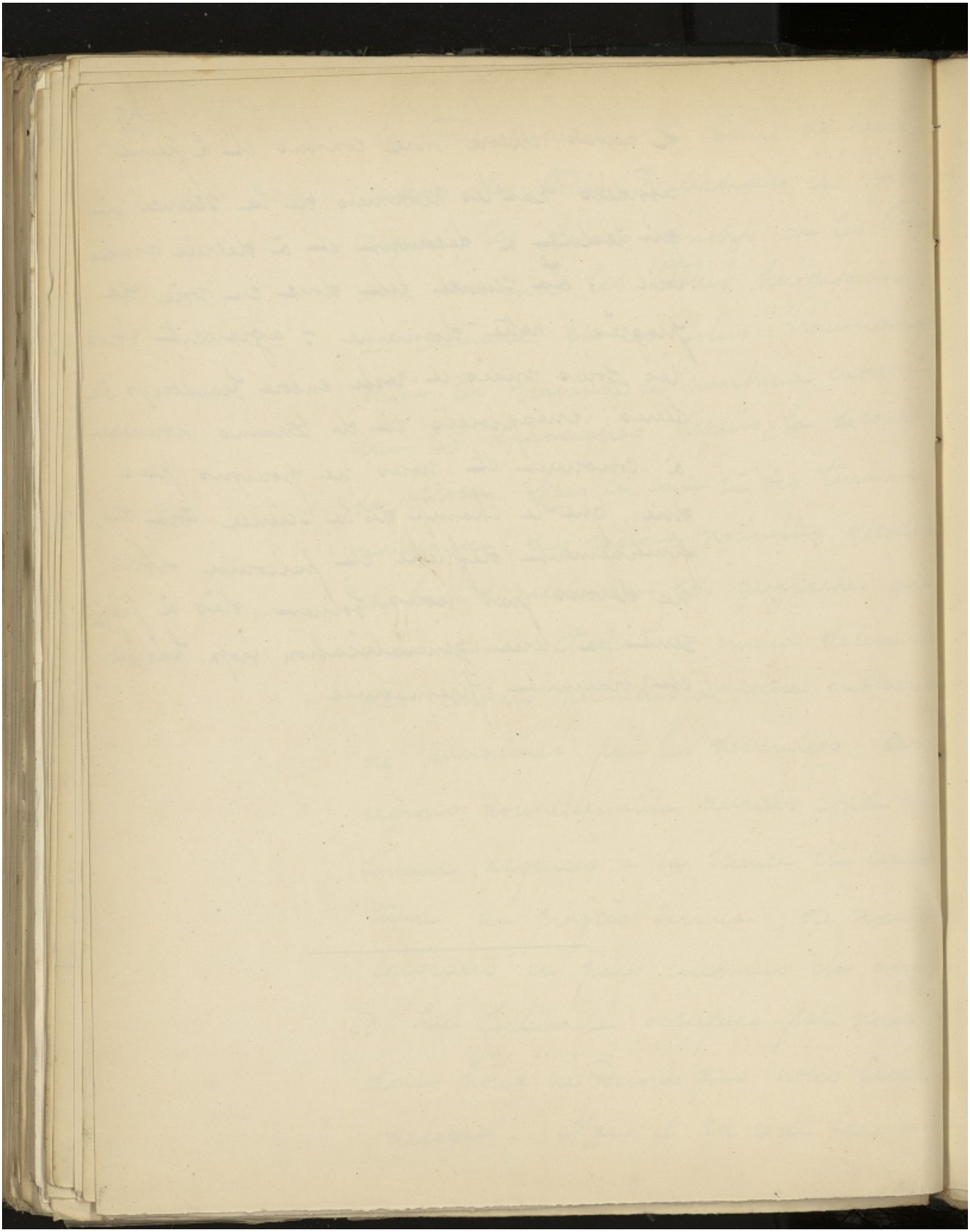
3°. Aujourd'hui nous sommes dans une période de transition et de transformation de la science. Les doctrines anciennes et surtout la classification sont minées de toutes parts et on a ébranlé toutes les bases de l'édifice qui est lézardé

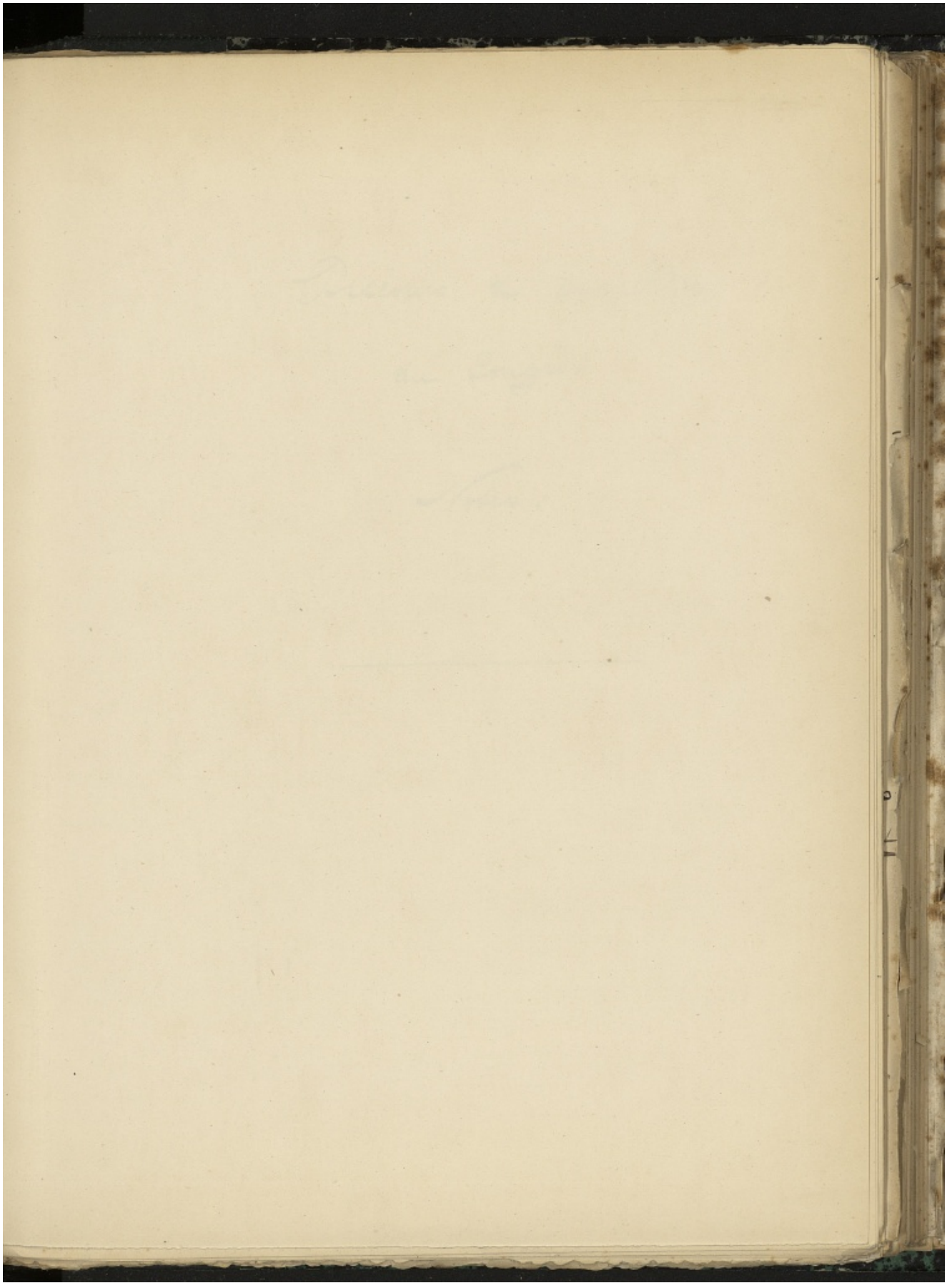
dans tous les sens et dont toutes les divisions intérieures sont changées de fond en comble, mais la façade subsiste encore et l'on croit à la persistance de l'édifice tout entier alors que l'on n'en a conservé que les apparences extérieures. Il suffit d'un dernier coup de hache frappé par une main puissante pour démolir cet édifice qui craque de toutes parts.

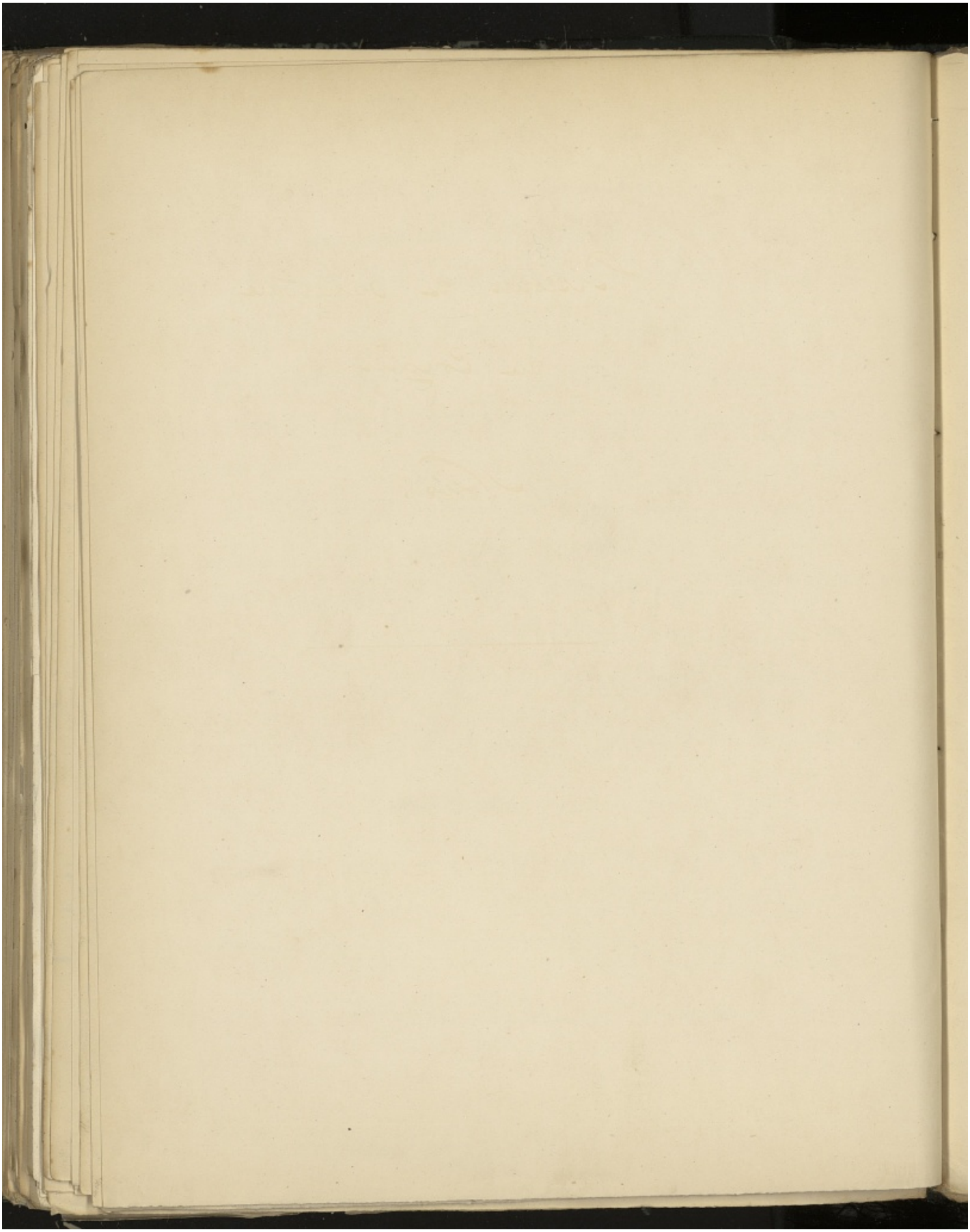
4° Mais pour le détruire réellement il faut avoir préparé les éléments d'un autre édifice pour le remplacer car on ne détruit réellement que ce que l'on remplace. Or, nous avons déjà quelques éléments qu'il suffit d'énumérer pour en faire comprendre toute l'importance et qui sont de véritables progrès acquis définitivement à la science depuis 50 ans. La paralysie générale, l'alcoolisme,

la Folie circulaire, le Délire de persé-
cution, les Folies Epileptiques et hyste-
riques, les délires émotifs et les Folies
avec conscience, les Folies héréditaires,
les cérébraux et les folies traumatiques
enfin les travaux si nombreux entrepris
sur les aphasiques depuis la découverte
de Broca. Mais ce sont là des terrains
nouveaux, des régions nouvelles découvertes
et bien décrites par des géographes qui
ont mieux étudié et mieux délimité
des contrées nouvelles à peine entrevues
ou parcourues par les devanciers; ces
régions nouvellement décrites sont main-
tenant acquises à la science et consti-
tuent un progrès sérieux, de nouvelles
conquêtes en pays inconnus et aujour-
d'hui fortement occupées par nous
dont nous ne devons pas nous laisser
déloger. Mais il en reste beaucoup

d'autres encore mal connus et à peine abordées par les pionniers de la science et qui restent à découvrir et à décrire avec soin. La science est donc en voie de progrès ; notre domaine s'agrandit tous les jours mais il reste encore beaucoup de terres inexplorées et de terrains nouveaux à conquérir et nous ne pouvons pas dire que le champ de la science soit définitivement défriché et parcouru. Nous ne devons pas nous borner, dès à présent, à une généralisation trop hâtive et vraiment prématurée.



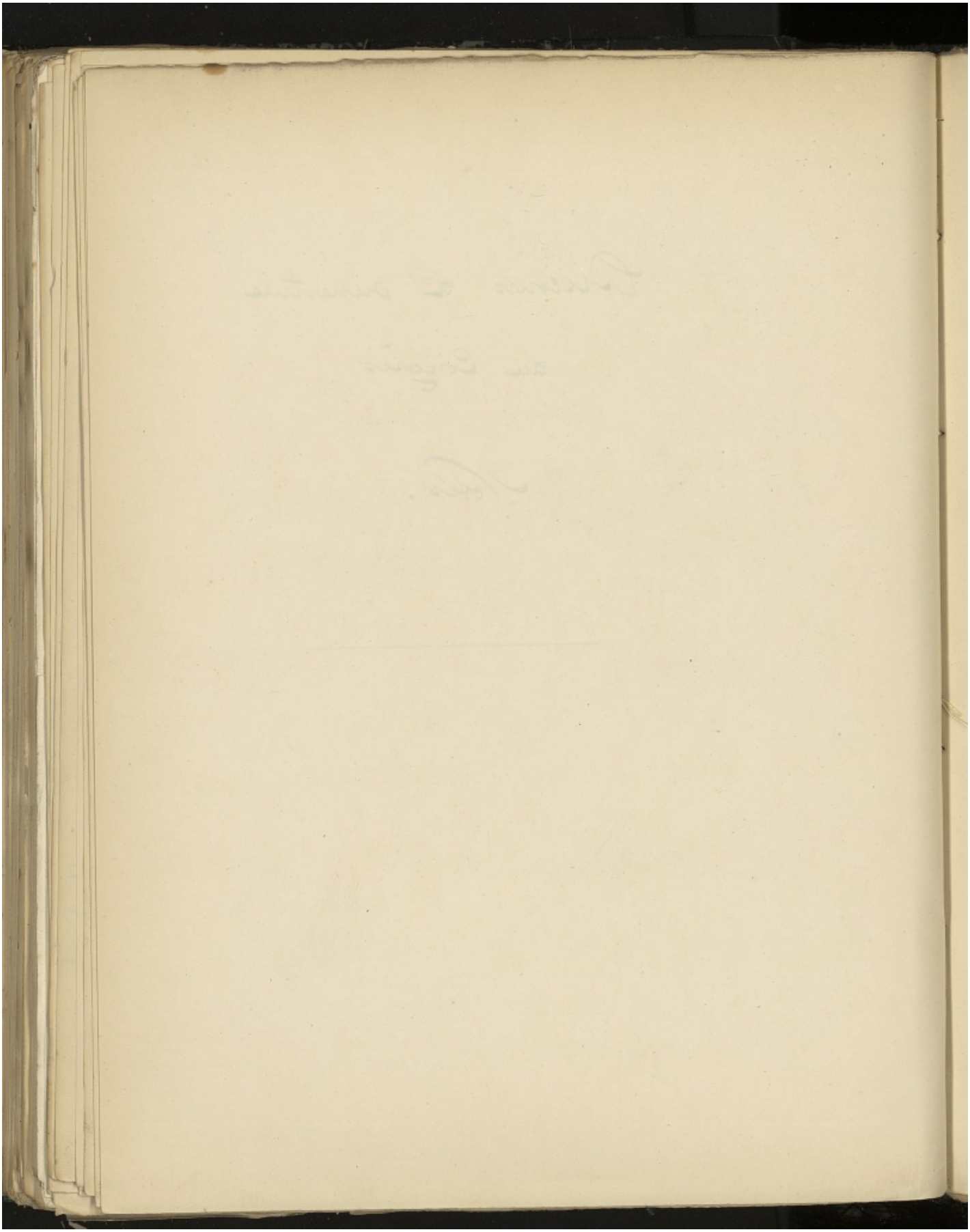


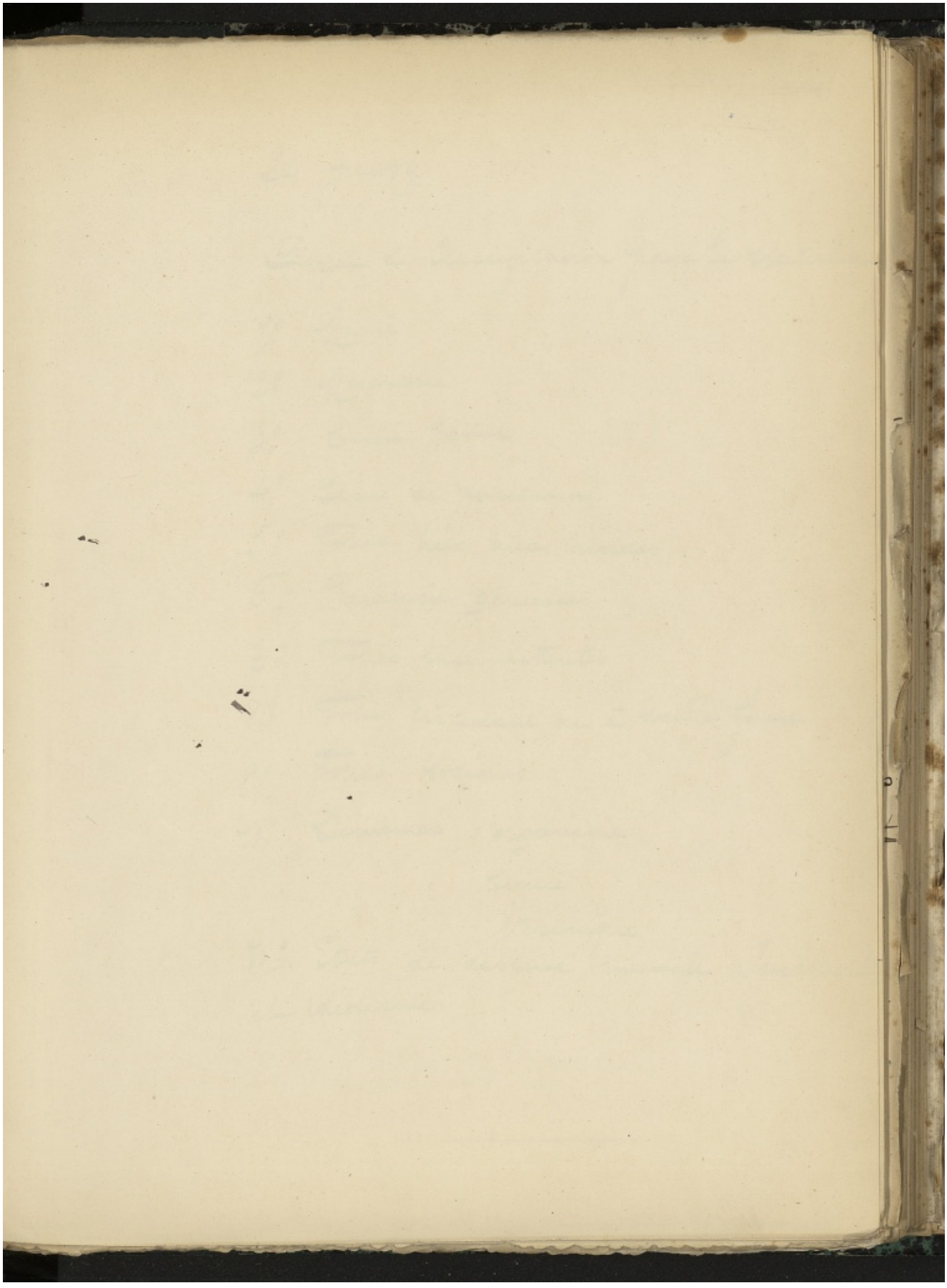


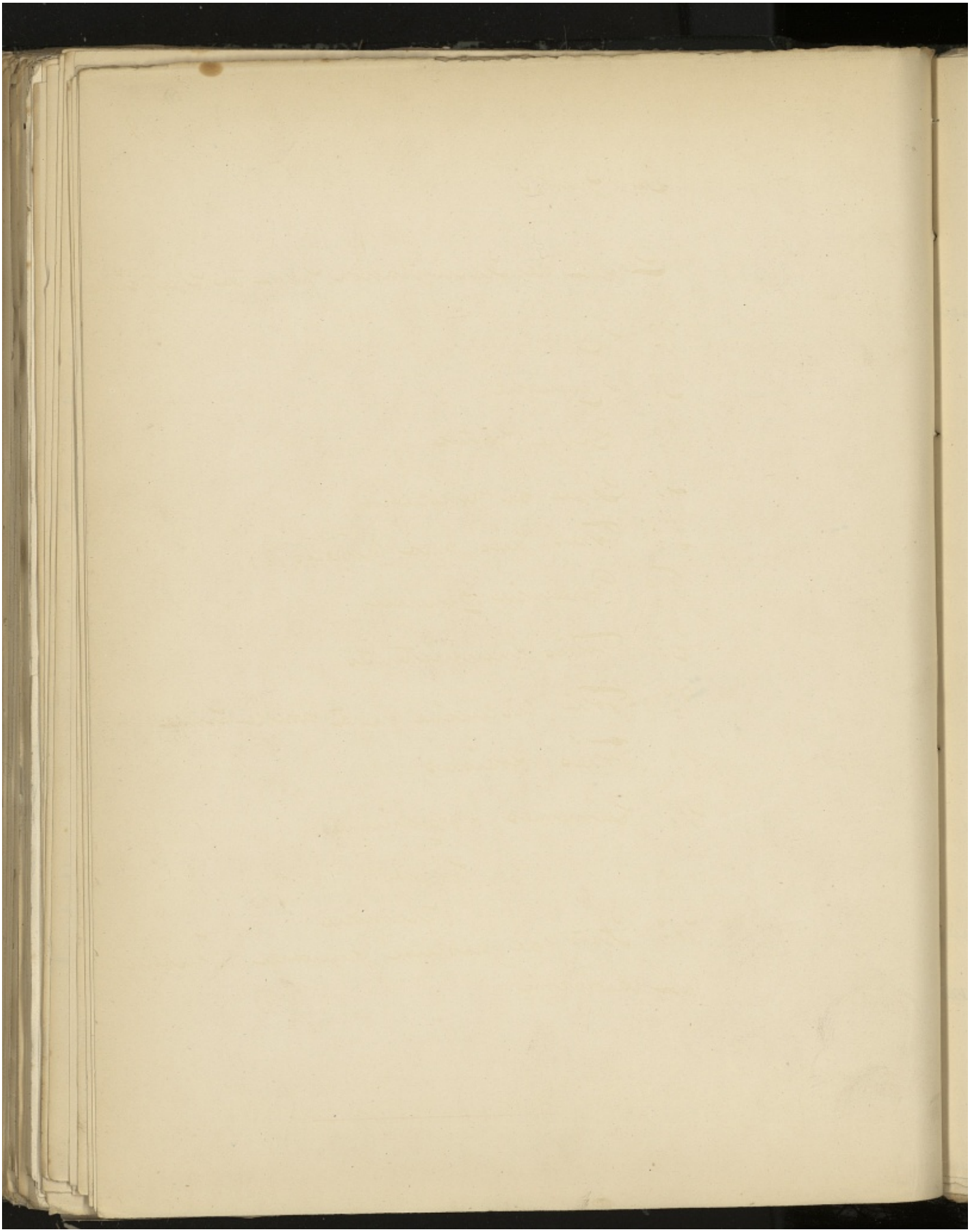
Discours d'ouverture

du Congrès

Notes.







24 Juin 89

Projet de Classification pour la Statistique

1°. Manie
2°. Mélancolie
3°. Délire partiel
4°. Délire de persécution
5°. Folies liées aux Névroses
6°. Paralysie générale
7°. Folies intermittentes
8°. Folie circulaire ou à double forme
9°. Folies toxiques
10°. Démences = organique
Démence
Sénile
Vésanique
11°. Etats de débilité mentale, Imbécillité et idiotisme

---

30 Juillet 89

Mots nouveaux et Aphorismes introduits par mon père dans la Pathologie mentale.

1°. Folie circulaire
2°. Folie du doute
3°. Délire stéréotypé
4°. Phrénomètre.
5°. Fanfarons de la santé
6°. Débilité spasmodique
7°. Folie raisonnante
8°. Délire systématisé
9°. Les mélancoliques sont plus absorbés qu'attentifs
10°. Le monde est peuplé d'hommes imbéciles
11°. Les hommes sont plus bêtes que méchants
12°. Les méridionaux s'agitent dans le

vide et ressemblent à une machine improductive qui userait toutes les fois à se faire mouvoir elle-même. Les mariages sont les portes-enseignes des asiles d'aliénés.

13.° Lasègue est un des hommes qui m'ont le plus étonné dans ma vie par la multiplicité de ses aptitudes et par la facilité à improviser sur le champ et sans préparation intérieure sur n'importe quel sujet et de découvrir instantanément les aspects les plus variés dans les questions en apparence les plus simples. C'est un homme vraiment exceptionnel. Il y a en lui l'étoffe de plusieurs hommes supérieurs, dans les genres les plus différents, et pourtant, il ne laissera rien après lui!

14.° Arenfeld a une mémoire vraiment extraordinaire et presque pathologique. Il retient involontairement et presque

Exactement tout ce qu'il lit, à tel point que cette faculté excédante devient pour lui véritablement gênante car il est obligé de l'écarter avec peine tous les souvenirs qui s'imposent à lui, malgré lui, quand il veut donner à un sujet, la marque de sa dignité personnelle.

---

27 Juillet 89.

7e Comparaison entre la façade et l'intérieur de l'Edifice ; tout est déjà remanié à l'intérieur ; toutes les dispositions intérieures sont changées et métamorphosées, les cloisons démolies et d'autres appartements d'autres divisions toutes différentes ont été substituées à l'intérieur aux divisions anciennes. La façade seule a été conservée intacte avec toutes les apparences de vetusté. Encore est-elle lézardée en tous sens et prête à s'écrouler elle même pour faire place à une nouvelle façade dont les éléments sont déjà préparés. Dans les chantiers et n'attendent que la main puissante d'un nouvel architecte pour être coordonnés et réunis pour faire un nouvel édifice reconstruit en totalité à la place de l'ancien qui

menace ruine est sur le point de s'écrou-
ler de toutes parts. La main d'un en-
fant suffirait pour le renverser mais il
faut un nouvel architecte pour édifier
un autre destiné à le remplacer et à
faire bonne figure en présence du public
qui assiste à ce travail de démolition lent
et successive.

L'attaque la plus violente dirigée contre cette classification a été le coup porté par Morel dans sa théorie des dégénérescences et sa classification étiologique.

Etablir le bilan des progrès de la médecine mentale depuis 50 ans.

Jeter un coup d'oeil d'ensemble sur les progrès ou le mouvement de la médecine mentale depuis la mort d'Esquirol en 1840.

Etudier le mouvement de la médecine mentale, depuis 1840 jusqu'à ce jour.

Historique de la Pathologie mentale en France depuis 1840

Jeter un coup d'oeil d'ensemble sur le mouvement général de la médecine mentale en France depuis le commencement de ce siècle.

— Atteinte portée à la classification et aux doctrines de nos maîtres.

— Coup violent porté à ces doctrines

— Brèches faites dans l'édifice ou dans le monument édifié par Pinel et par Esquirol.

— Attaques violentes dirigées contres ces doctrines.

— Efforts dirigés contre ces doctrines et ayant pour but leur renversement.

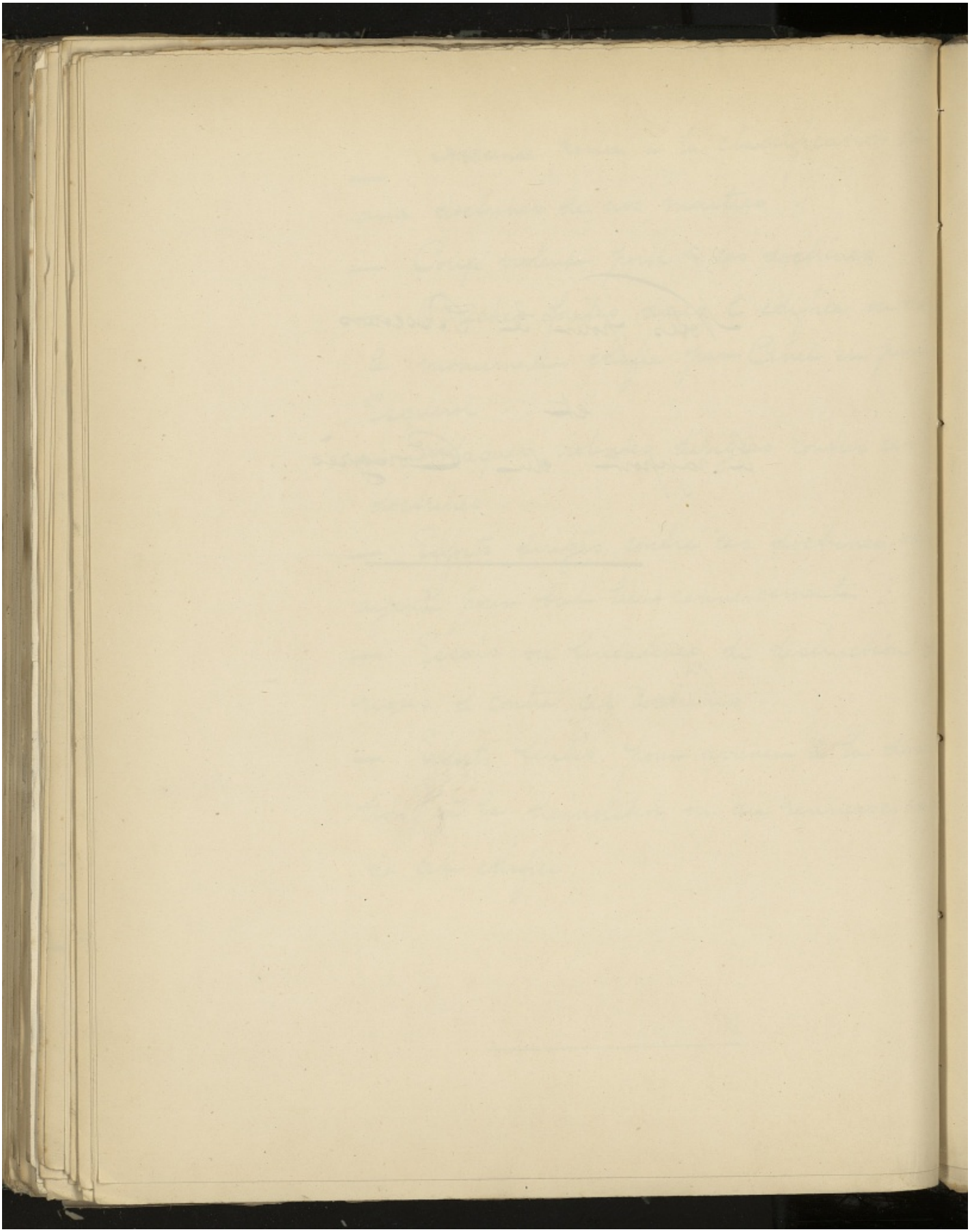
— Essais ou tentatives de destruction dirigés et contre ces doctrines.

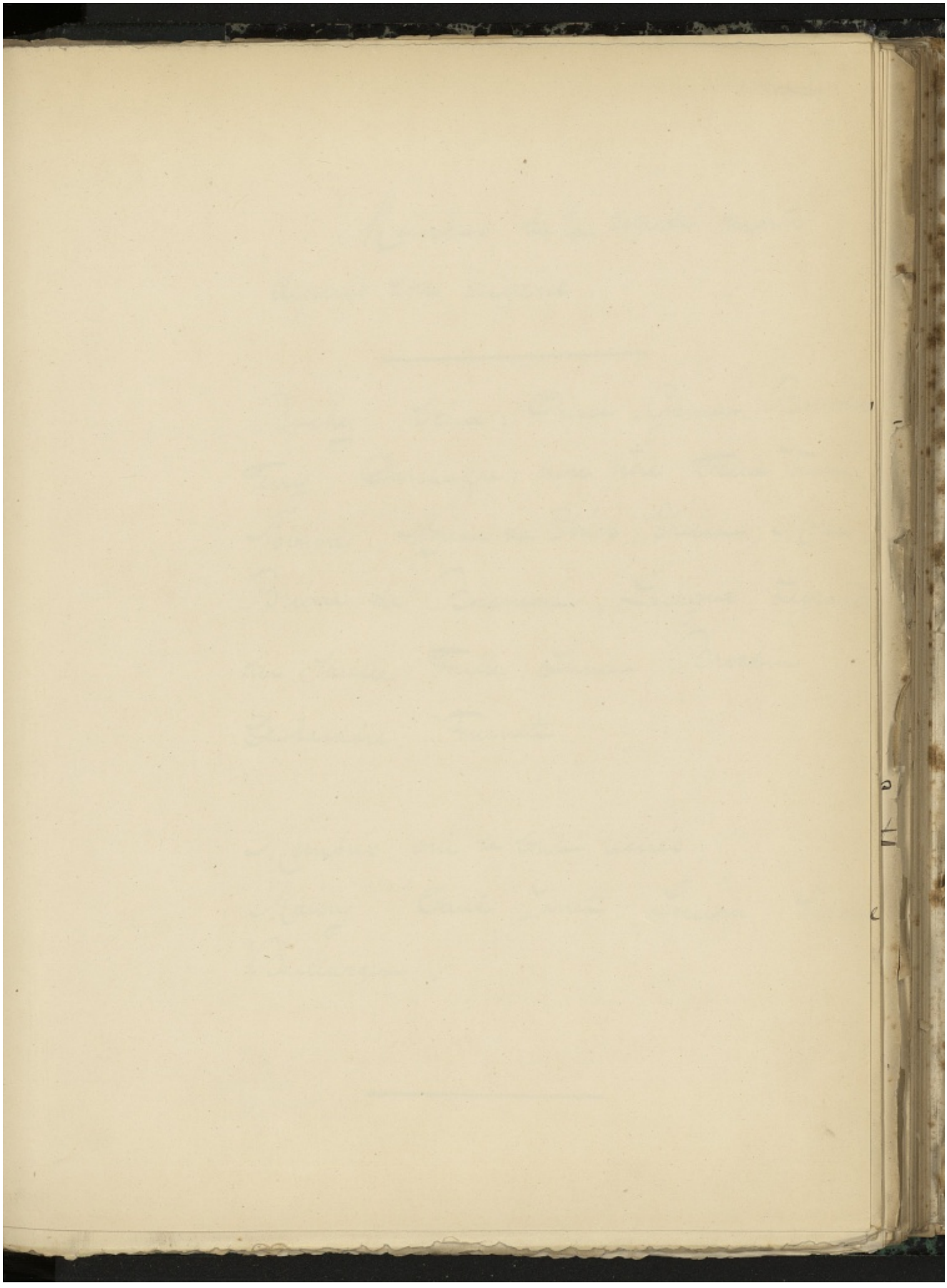
— Efforts tentés pour arriver à la destruction à la démolition ou au renversement de cet édifice.

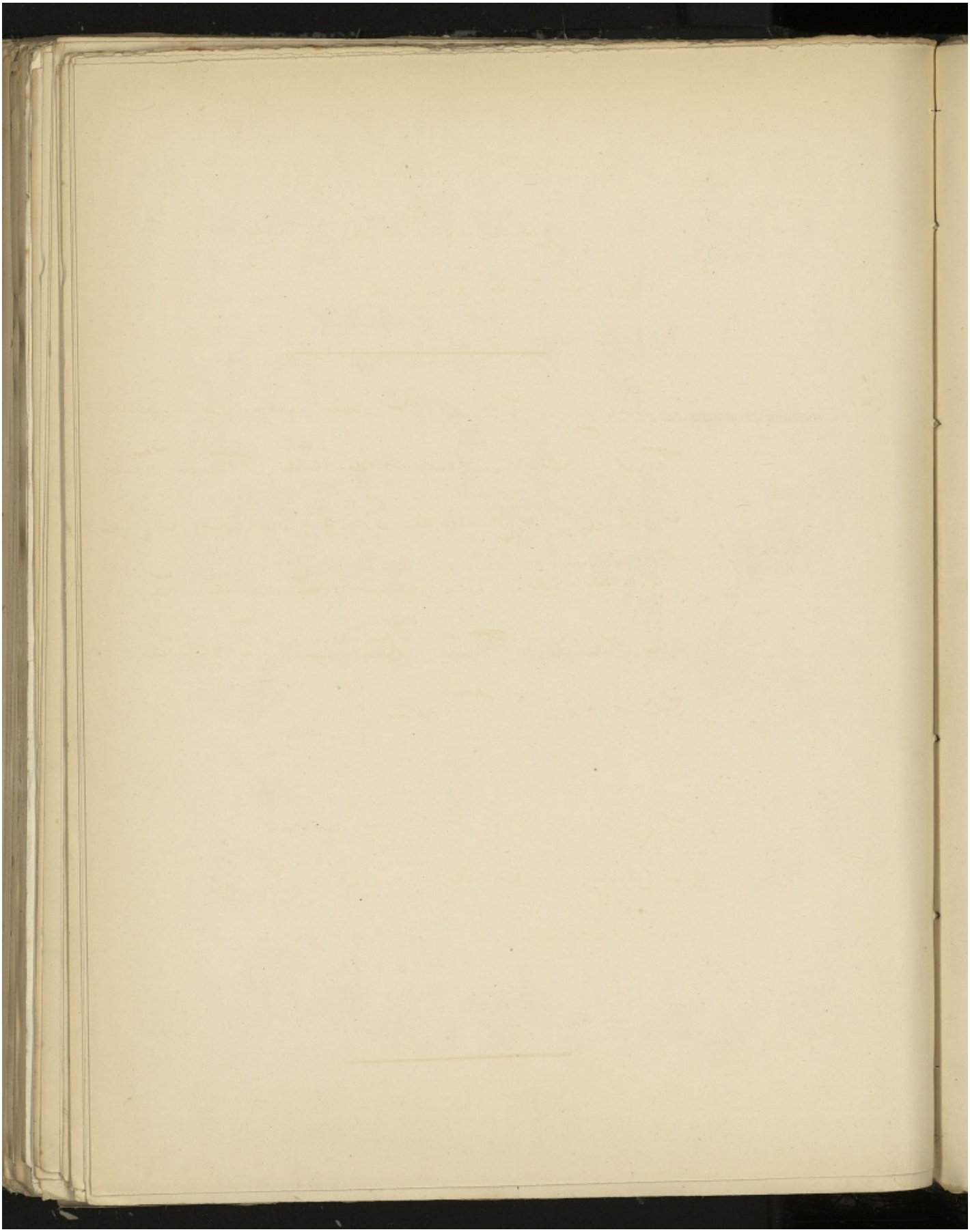
Notes pour le Discours

et

le rapport du Congrès.



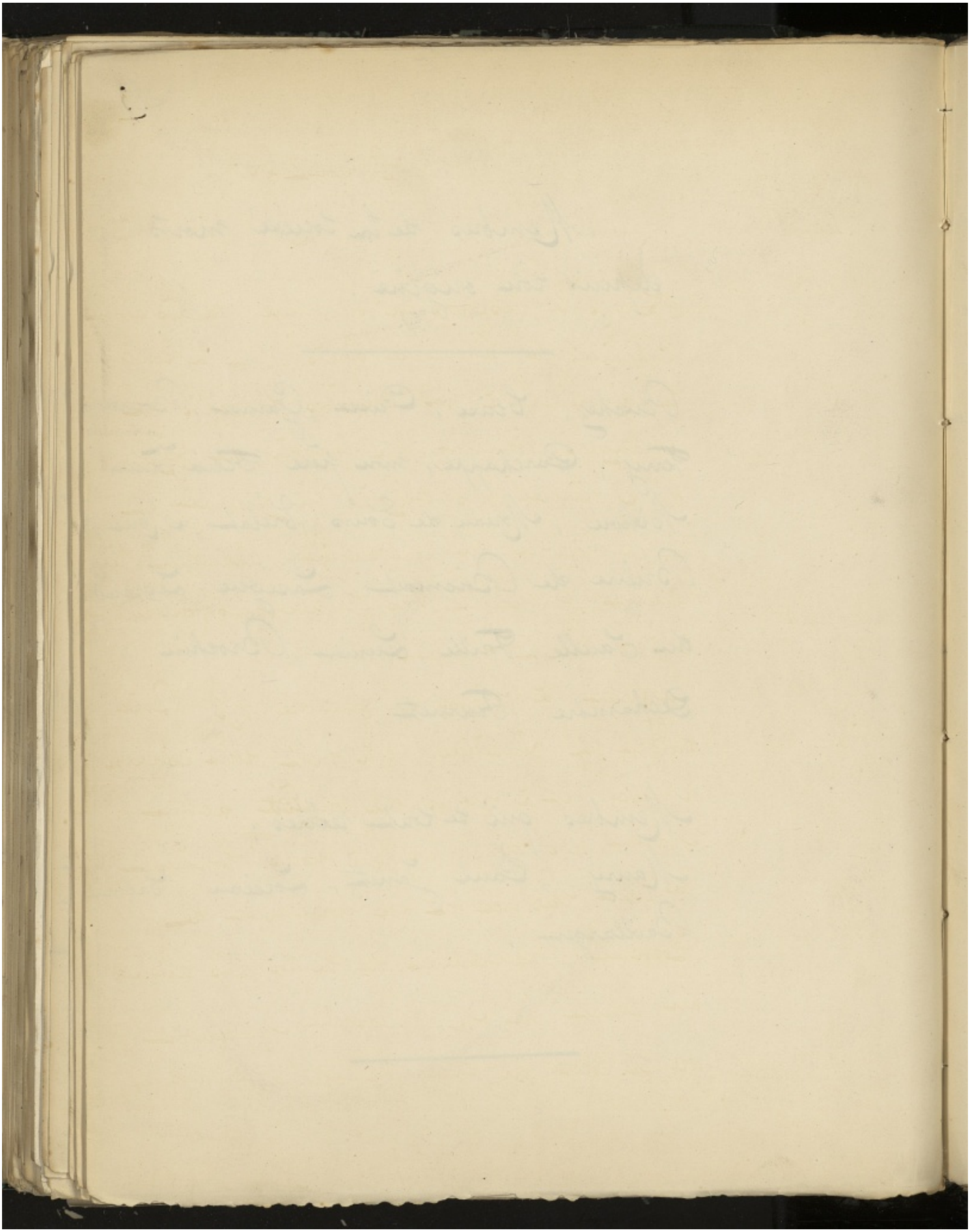




Membres de la société morts depuis son origine.

Buchez, Cerise, Peisse, Garnier, Bourdin, Ferry, Barchappe, mon père, Félix Voisin, Sibilvié, Moreau de Tours, Brélat, Morel, Brierre de Boismont, Lasègue, Legrand du Saulle, Forille, Lunier, Brochin, Dechambre, Fournet.

Membres qui se sont retirés:
Maury, Paul Janet, Lorieux, Talmie, Baillarger.



3

3 août 89.

Dans le discours d'ouverture, après avoir souhaité la bienvenue après avoir souhaité la bienvenue à nos confrères français et étrangers, parler du congrès de 1878, de l'utilité des congrès en général et de celui-ci en particulier (indiquer brièvement l'intérêt des principales questions qui y seront traitées.)

Rappeler, à propos de celui de 1878, Baillarger et Lasègue (un mot pour chacun d'eux) et à propos du congrès actuel, parler des personnes qui nous honorent de leur présence et en particulier de Rousset, rapporteur de la loi des aliénés au Sénat, de M. Barbier président de la cour de cassation qui a pris une

par active au congrès de 1878, de Delasiauve et Calmeil, présidents honoraires. Parler aussi de la Société médico-psychologique ancienne, ayant un caractère mixte (philosophique et médicale) rappeler les noms des générations éteintes et dire que la Société est en train de se renouveler par les Jeunes.

Asiles d'aliénés.

1.° Colonies agricoles

2.° Patronage des aliénés

3.° Traitement dans la famille

4.° La loi de 1838 ; les modifications possibles et les dangers de ces modifications

— Points nouveaux abordés par le Sénat

1.° Question des entrées

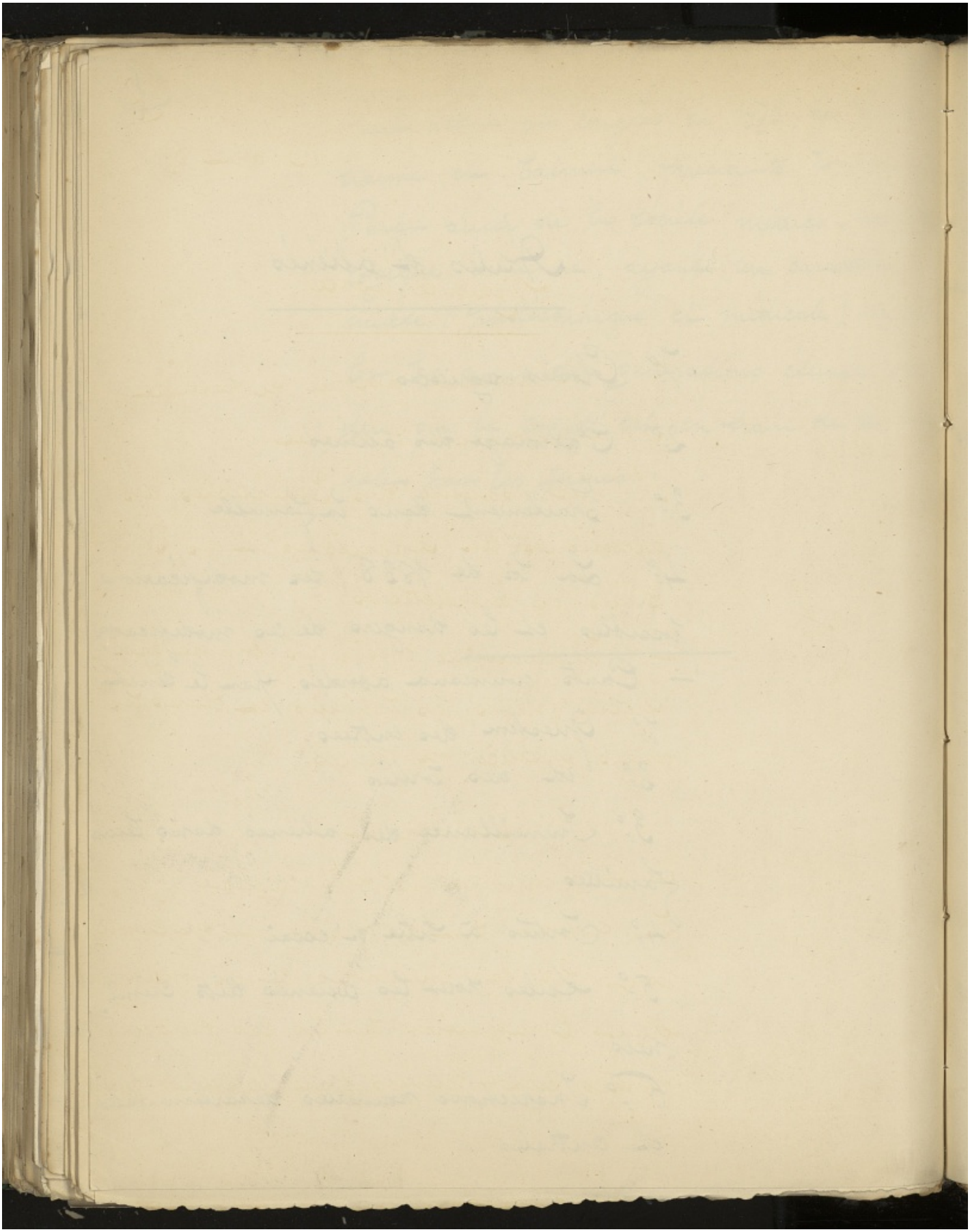
2.° id des sorties

3.° Surveillance des aliénés dans leurs familles

4.° Sorties à titre d'essai

5.° Asiles pour les aliénés dits criminels

6.° Inspections nouvelles départementales et centrales.



3 août 89.

Médecine légale.

1.° Responsabilité absolue ou partielle

2.° Anthropologie criminelle

3.° Responsabilité des Epileptiques des alcooliques, des Aphasiques et des Déments Zinés ou apoplectiques.

— Séquestrations considérées comme arbitraires dans les familles et dans les asiles publics ou privés.

Traitement

Question aujourd'hui très négligée

La clinique sert au traitement en éliminant les cas incurables et en concentrant l'attention sur les cas curables, divisés eux-mêmes par catégories en

une certaines indications. Médicaments nouveaux : Morphine, Chloral, Antipyrine, Sulfonal, etc. été essayés dans plusieurs asiles. Hydrothérapie, Electricité, Hypnotisme et suggestion essayés par nos collègues Luys et Voisin.

Question de séquestration dans les asiles. Travail des champs, ateliers, colonies agricoles ; essais de traitement dans les familles et des aliénés en liberté.

---

3 août 89.

Plan du discours d'ouverture de la premiere Séance du congrès.

1°. Souhaiter la bienvenue à tous les membres adhérents du Congrès Français et étrangers

2°. Rappeler le Congrès de 1878 et donner un souvenir et un regret à ceux qui sont morts et absents Baillarger et Lasègue ainsi que pour les membres honoraires et les vice présidents étrangers.

3°. Utilité des congrès pour l'avancement de la science et les rapports de confraternité et les échanges d'idées.

4°. Bilan des progrès de notre science spéciale depuis 50 ans = Paralysie générale Alcoolisme, Folie circulaire, Délire de

persécution, Délire Systématique, Hérédité et dégénérescences. Délires émotifs, Aphasie, Localisations cérébrales. Les Cérébraux, 5e Nous sommes à une période de transition et de transformation. L'édifice de la classification de nos maîtres est en partie détruit; il ne reste plus que la façade. Les divisions intérieures ont été successivement renversées, mais nous n'avons pas encore de nouvel édifice à mettre à la place. Nous attendons le grand architecte qui n'a pas encore paru pour changer à la fois l'intérieur et la façade

Nous avons des régions déjà parcourues et bien explorées, mais il en est d'autres encore inconnues et à découvrir. Tous ces travailleurs doivent donc se mettre à l'œuvre. Beaucoup a été fait mais il reste encore plus à faire! N'ayons donc pas la prétention de diagnostiquer in

Cathedra au nom d'une Eglise orthodoxe qui n'existe pas encore et que n'a pas le droit de condamner et d'excommunier les dogmes de la nouvelle Eglise, ne sont pas encore admis par tous et n'ont pas encore été promulgués d'une manière définitive

---

3 août 1889

Messieurs,

En vous remerciant du grand honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider cette année le congrès de médecine mentale mon premier devoir est de souhaiter la bienvenue à tous nos collègues français et étrangers qui ont bien voulu répondre à notre invitation et contribuer par leur présence et leur active coopération au succès et à l'éclat de cette solennité scientifique internationale. Je dois également payer un tribut d'hommages à nos trois présidents d'honneur M. M. Calmeil, Delasiauve et Baillarger, ces trois derniers représentants des générations qui nous ont précédé, à ces trois vétérans de notre science spéciale encore pleins de vie et d'activité scientifique qui ont contribué

largement aux progrès de notre spécialité depuis tant d'années et qui s'intéressent encore si vivement à ses nouvelles conquêtes et à ses progrès. Je dois de plus un hommage spécial à M. Baillarger qui a présidé avec tant de zèle notre précédent congrès en 1878 et un souvenir ému et reconnaissant à la mémoire de mon maître et ami si regretté, le professeur Lasègue qui, comme vice président a pris une part active à ce congrès de 1878, dont la parole si autorisée nous fera bien défaut malheureusement aujourd'hui dans cette enceinte dans la direction de nos travaux et dont je sentirai plus que personne l'absence dans cette direction

---

3 août 89.

Choses à dire dans le discours.

Pathologie mentale.

1°. La Paralysie générale.

Son histoire est à refaire.

Il faut faire pour les Scléroses cérébrales ce qu'on a fait pour les Scléroses médullaires.

— Dualité de Baillarger

— Genre et espèce ou variétés

— Plusieurs Paralysies générales d'après Lasègue.

— Syphylis et Paralysie générale

— Pseudo Paralysies générales

2°. Folie circulaire ou à double forme: Progrès accomplis 1854 - Assimilée aux folies intermittentes, ou séparée d'elles.

3°. Alcoolisme - depuis Magnus Huss Etudes sur les signes physiques et délire

Tubaigu. Recherches expérimentales.

4° Hérédité et dégenerescences. Morel et Magnan.

5° Délires émotifs. Obsessions. Folie avec conscience. Délire du toucher. Syndromes Episodiques. Nouvelles études sur les états plus voisins de l'état normal et qui étaient relégués en dehors du terrain habituel des Désaniés.

6° Aphasie. Depuis la découverte de Broca. En 1866 et aujourd'hui. Charcot et son Ecole. De grands progrès ont été accomplis qui réagissent sur toute la pathologie mentale cérébrale par les nouvelles études sur les localisations cérébrales. Nous en aurons la preuve dans ce congrès même par les communications qui vont être faites sur les phénomènes psychomoteurs.

7° La classification. L'ancienne est démolie et l'on en a pas encore recons

truit de noirelles.

1° de Pinel et Esquirol, modifiée par leurs élèves pendant 2 générations : Mon père, Baillarger, Delasiaune.

2.° de Morel 1860

3.° de Magnan 1882

A la dernière séance de la Société on n'a pas pu se mettre d'accord et on en a fait un vote négatif.

17

2 août 1889.

Six questions résolues par le Sénat

1°: Entrées des aliénées dans les asiles.
(loi du Sénat, Chambre du conseil)

2°: Sorties des asiles: question aussi difficile que celle des entrées.

3°: Sorties à titre d'essai

4°: Asiles pour les aliénés criminels

5°: Surveillance des aliénés dans leurs familles ou dans les maisons tierces non autorisées.

6°: Inspections centrales et départementales pour les aliénés placés dans les asiles et pour recevoir leurs réclamations et leurs plaintes

---

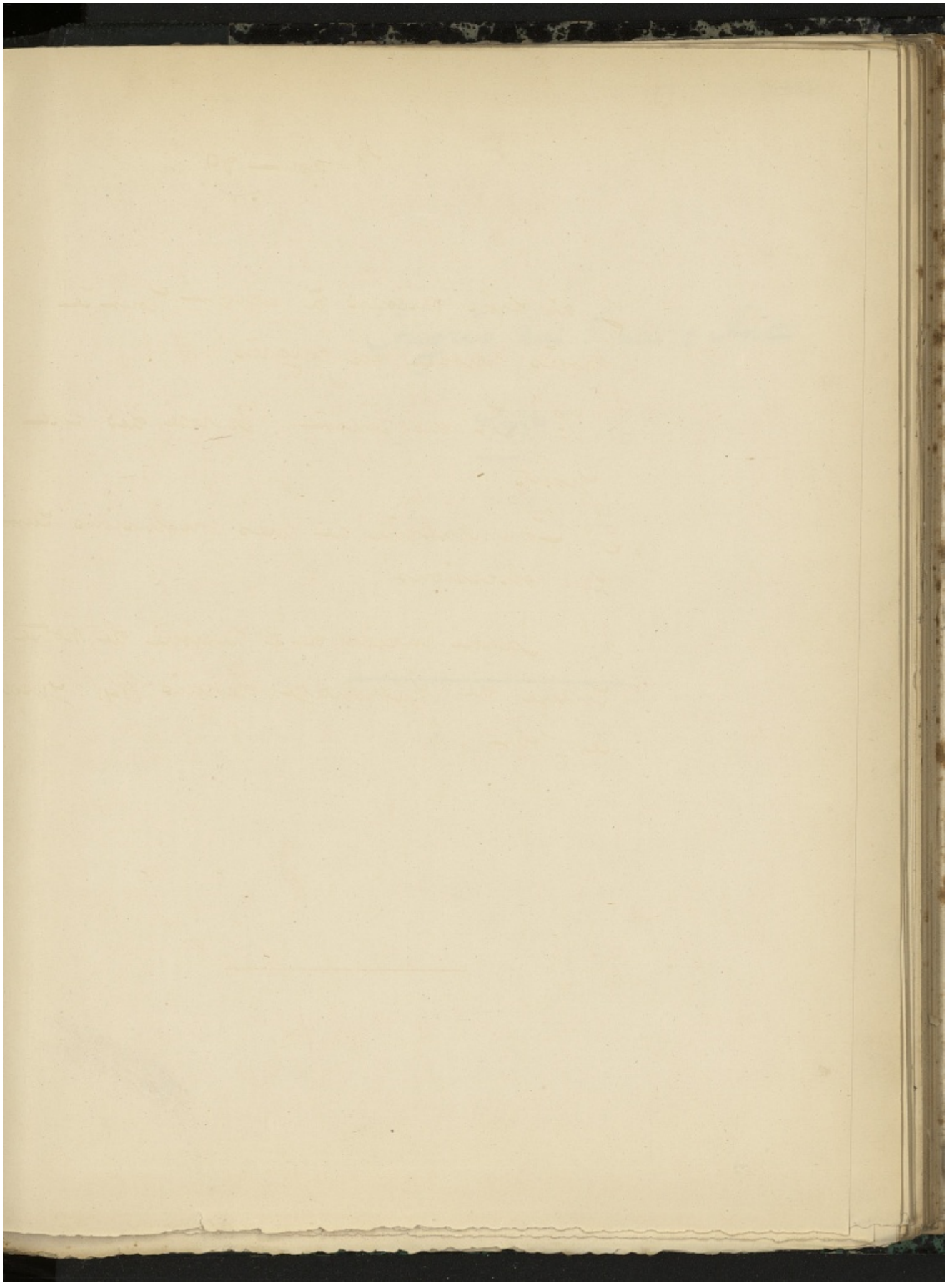
15 août 89.

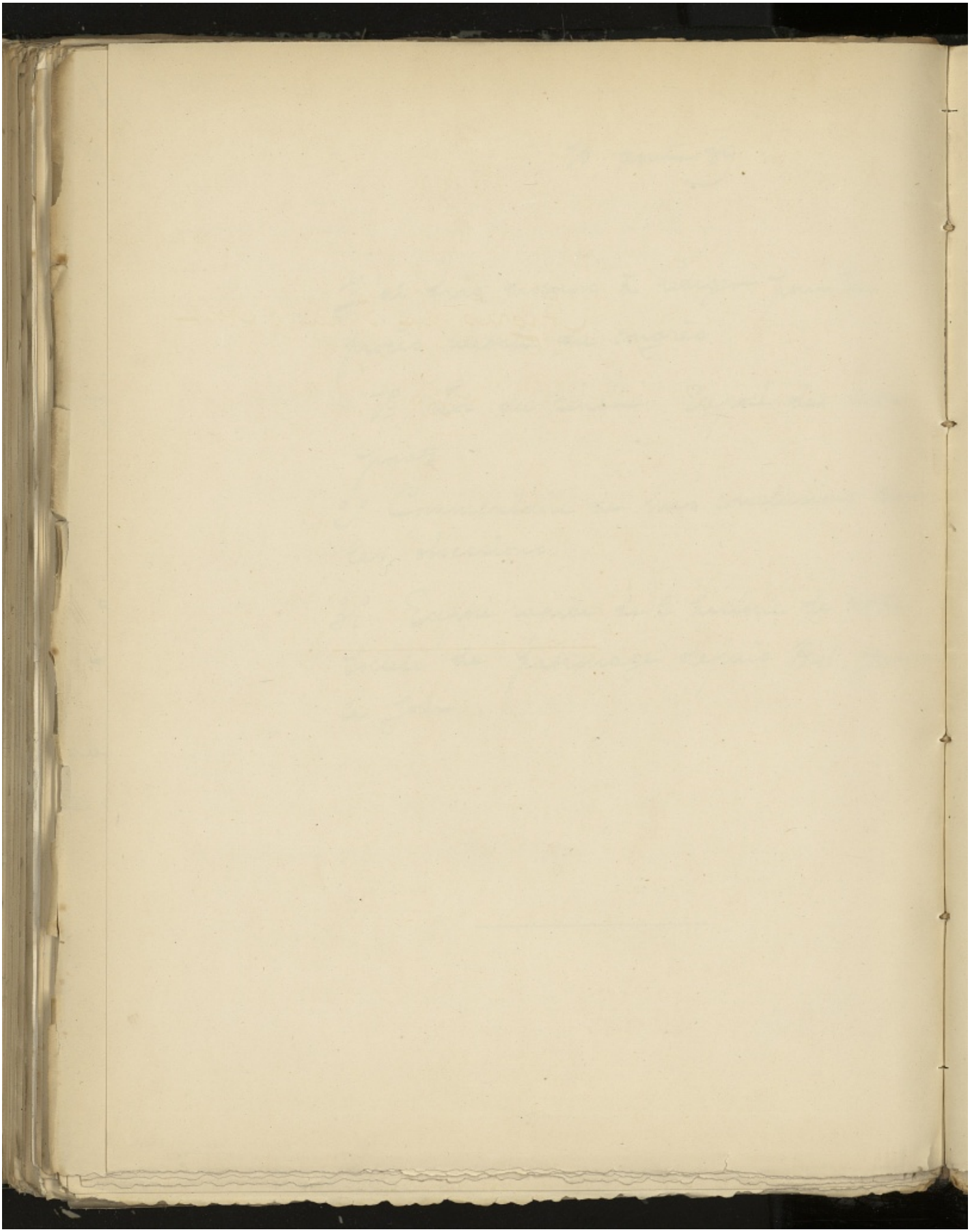
J'ai trois discours à rédiger pour le procès verbal du congrès.

1°. Loi du sénat. Exposé des six points.

2°. Commentaire de mes conclusions sur les obsessions

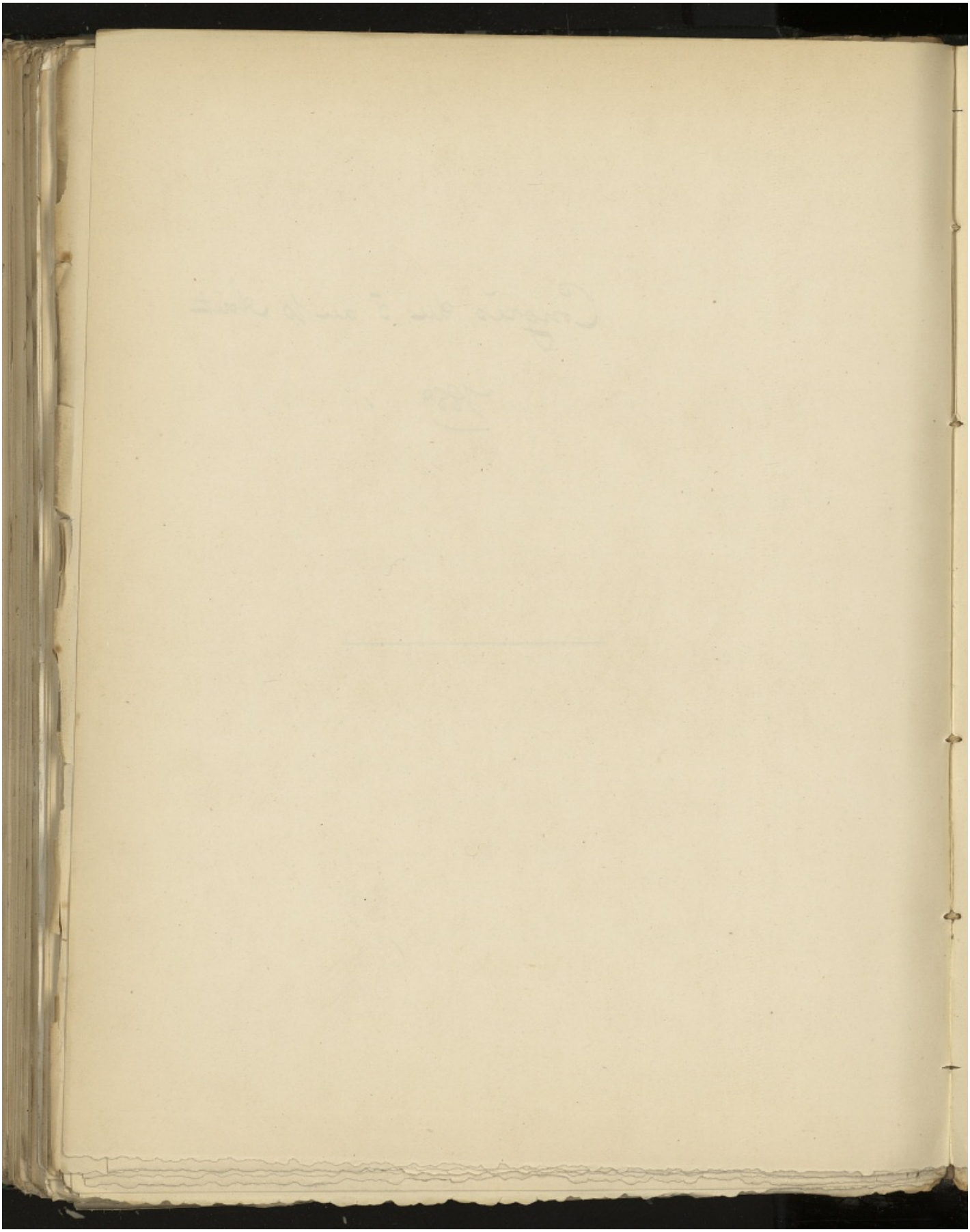
3°. Exposé rapide de l'histoire de notre Société de patronage depuis 1841 jusqu'à ce jour.

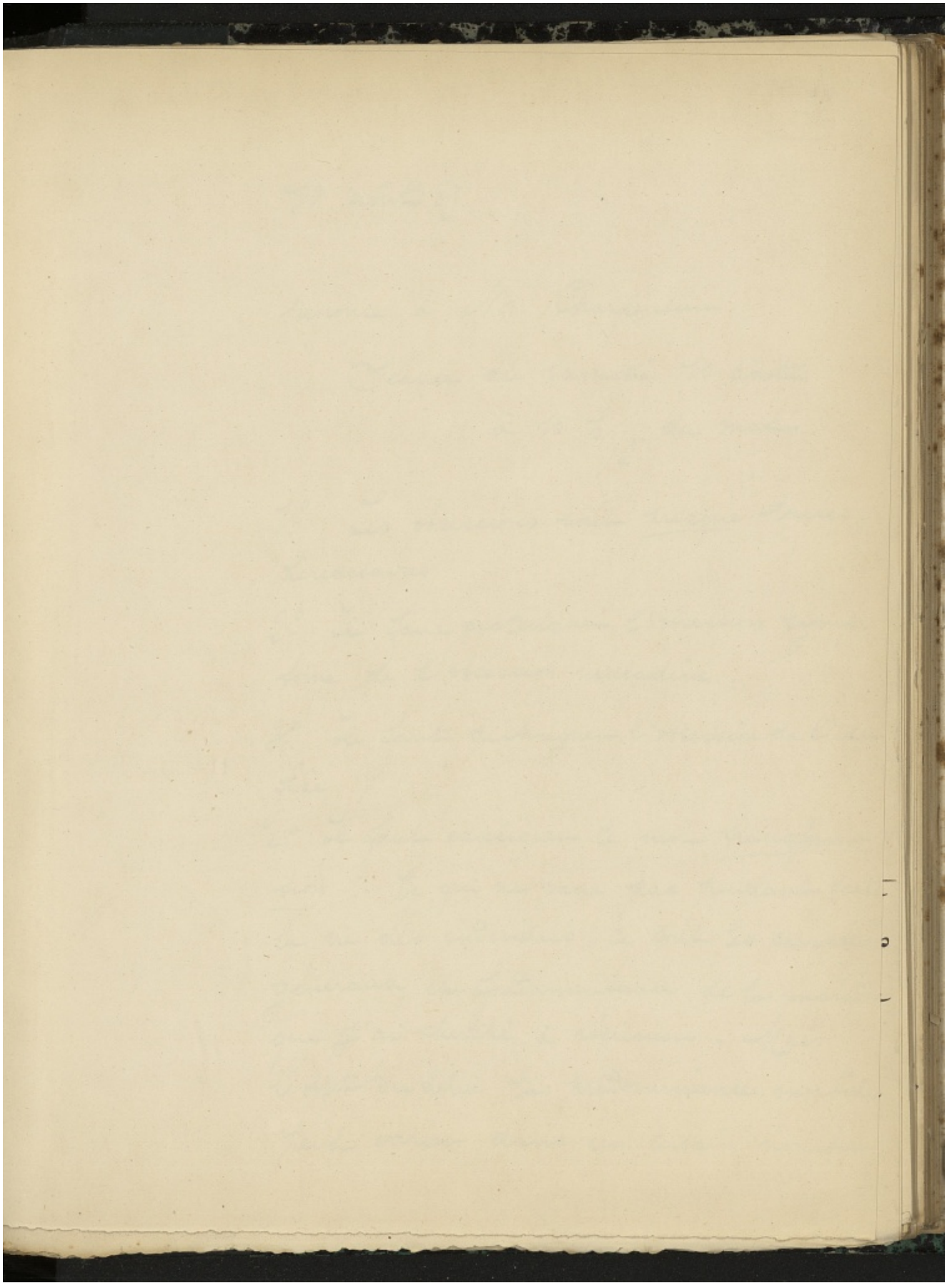


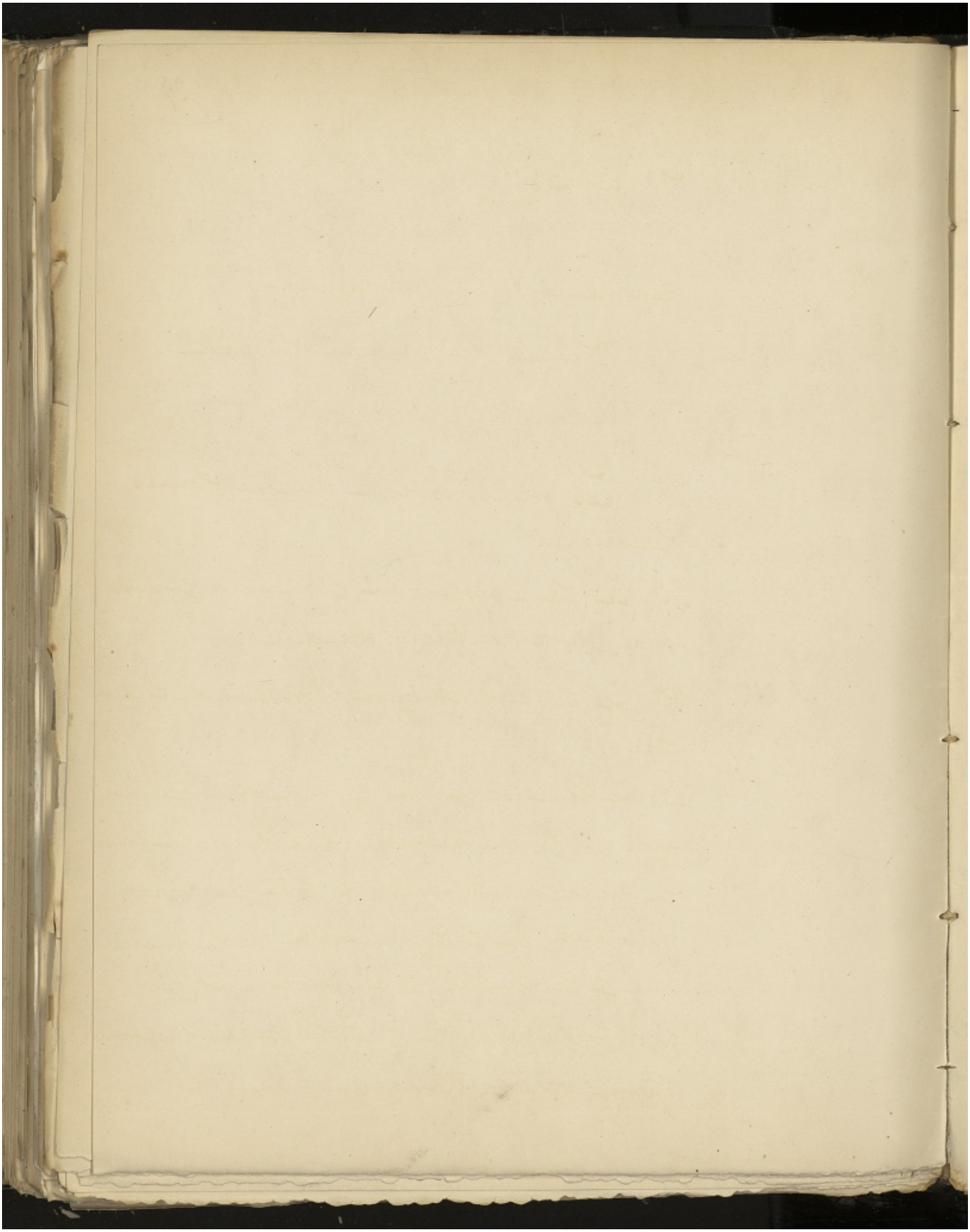


Congrès du 5 au 10 Août

1889.







10 août 89.

réponse à M. Charpentier.

Séance du samedi 10 août
à 10 h 1/2 du matin.

1°. Les obsessions sont presque toutes héréditaires

2°. Il faut distinguer l'obsession symptôme de l'obsession maladie.

3°. Il faut distinguer l'obsession de l'idée fixe

4°. Il faut expliquer le mot transformation. Ce qui ne varie pas pendant toute la vie des individus, ce sont les caractères généraux et fondamentaux de la maladie que j'ai cherché à résumer. Mais l'objet du délire, la prédominance morbide peut varier dans un certain nombre

de cas. Mais cette irrégularité, ce changement subit de forme et d'objet du délire que Mr Magnan et ses élèves considèrent comme la règle des syndromes épisodiques je la regarde comme l'exception. Pour moi, la folie du doute, le délire du toucher, la folie avec conscience, impulsive ou instinctive ne change pas de forme délirante ni même d'objet pendant toute la vie et que les cas de transformation d'objet et de prédominances que j'admets comme faits cliniques sont exceptionnels et qu'il n'est pas conforme à l'observation clinique de les considérer comme les plus fréquents et de faire de l'irrégularité et de la transmutation de forme et d'objet le caractère essentiel et pathognomonique en quelque sorte des syndromes épisodiques et en particulier des obsessions

Comment le veulent MM^rs Magnan, Jaury, Garnier, Legrain, etc.
C'est sur ce point de changement fré-quent de forme ou d'objet du délire que nous différons et ce qui a motivé ma 6me conclusion qui avait pourtant besoin d'un commentaire et d'une explication pour être bien comprise car elle était formulée d'une manière trop vague et trop absolue comme plu-sieurs de mes conclusions que j'ai rédigées sous une forme brève et bien absolues pour les rendre plus ~~fré-~~ nettes et plus ~~absolues~~ claires et pour les soumettre à la discussion d'une façon claire et précise.

---

10 août 1889

Patronage des aliénés

— Fondation en 1841

— 1re période : 2 sociétés qui ont fusionné

— reconnue d'utilité publique le 26 mars 1849

— Fondation de l'asile à Vaugirard d'abord, puis à Grenelle

— Principes suivis dans l'exercice du patronage : résumé des rapports annuels

— L'assistance publique et le Conseil général nous ont venus en aide pendant longtemps mais ont fini par nous supprimer les subventions, à cause des dames qui sont nos agents actifs.

— Etat de choses actuel : Projet et vote récent du conseil général de la Seine.

— Demande d'un vœu de la part du congrès

31

7 Août 89.

Plusieurs votes émis par le Congrès.

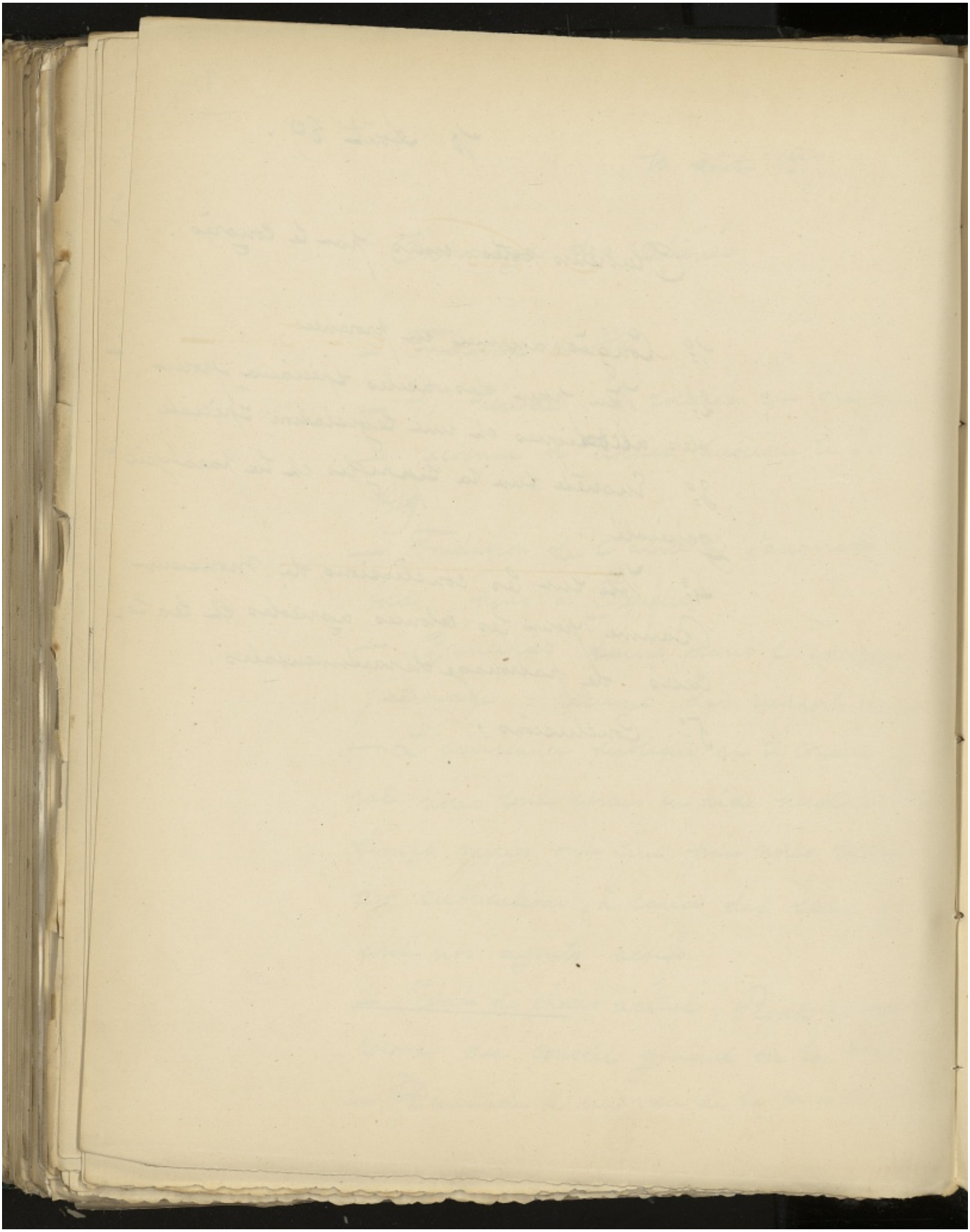
1° Congrès annuel en province

2° Tour pour des asiles spéciaux pour des aliénés et une législation spéciale.

3° Enquête sur la syphylis et la paralysie générale.

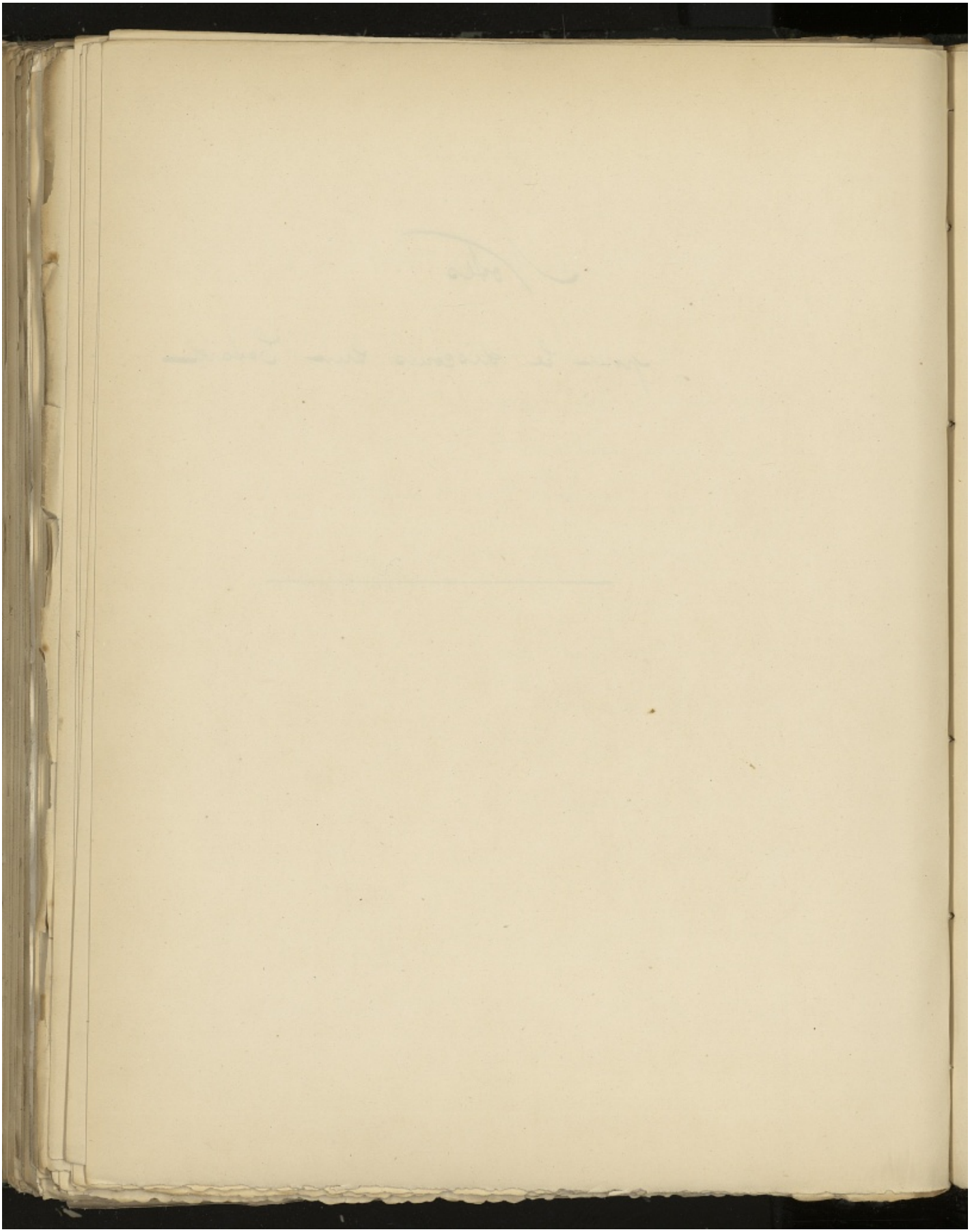
4° Vote sur les conclusions de Monsieur Baume pour les colonies agricoles et les Sociétés de patronage départementales

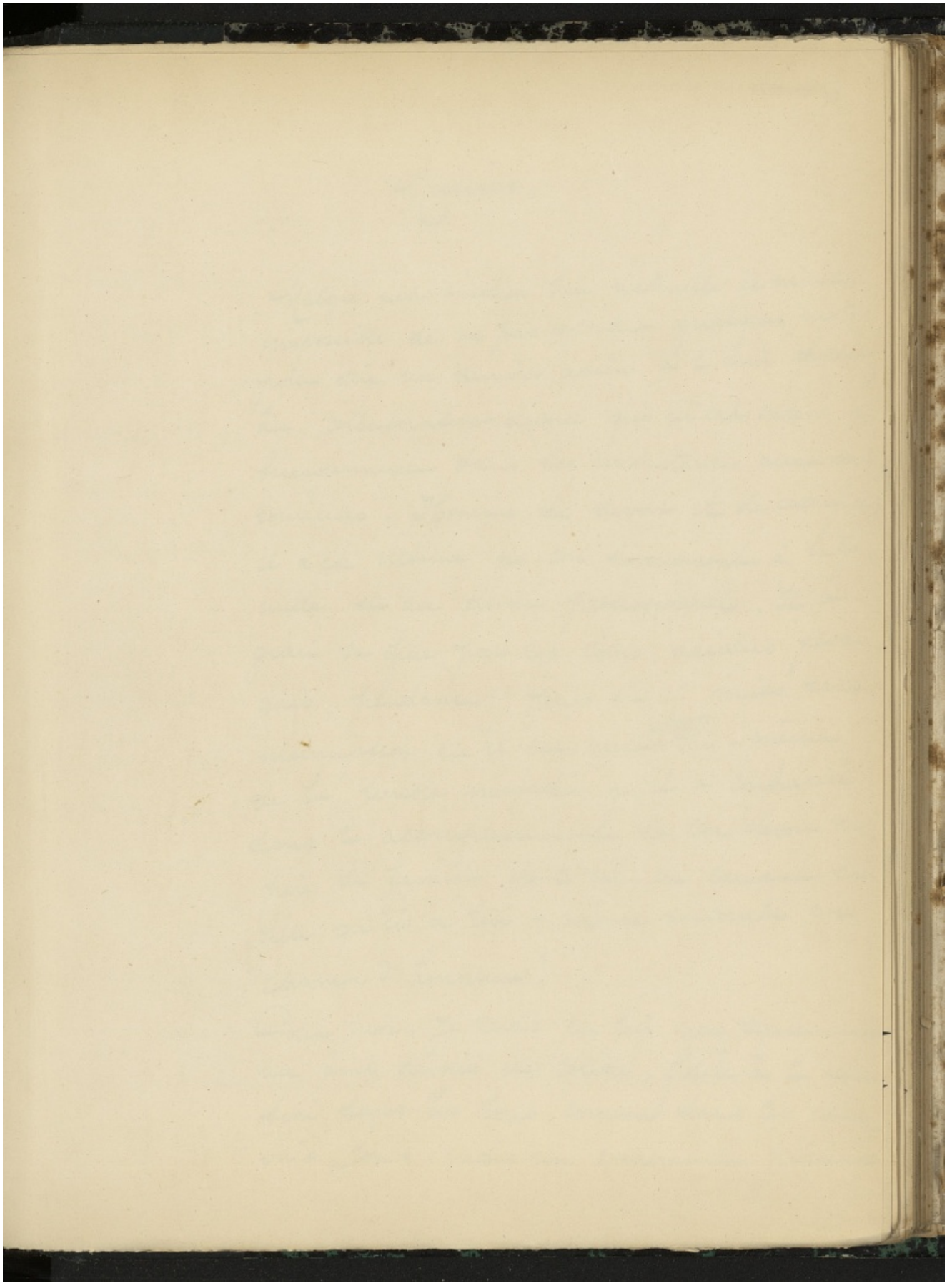
5° Conclusions.

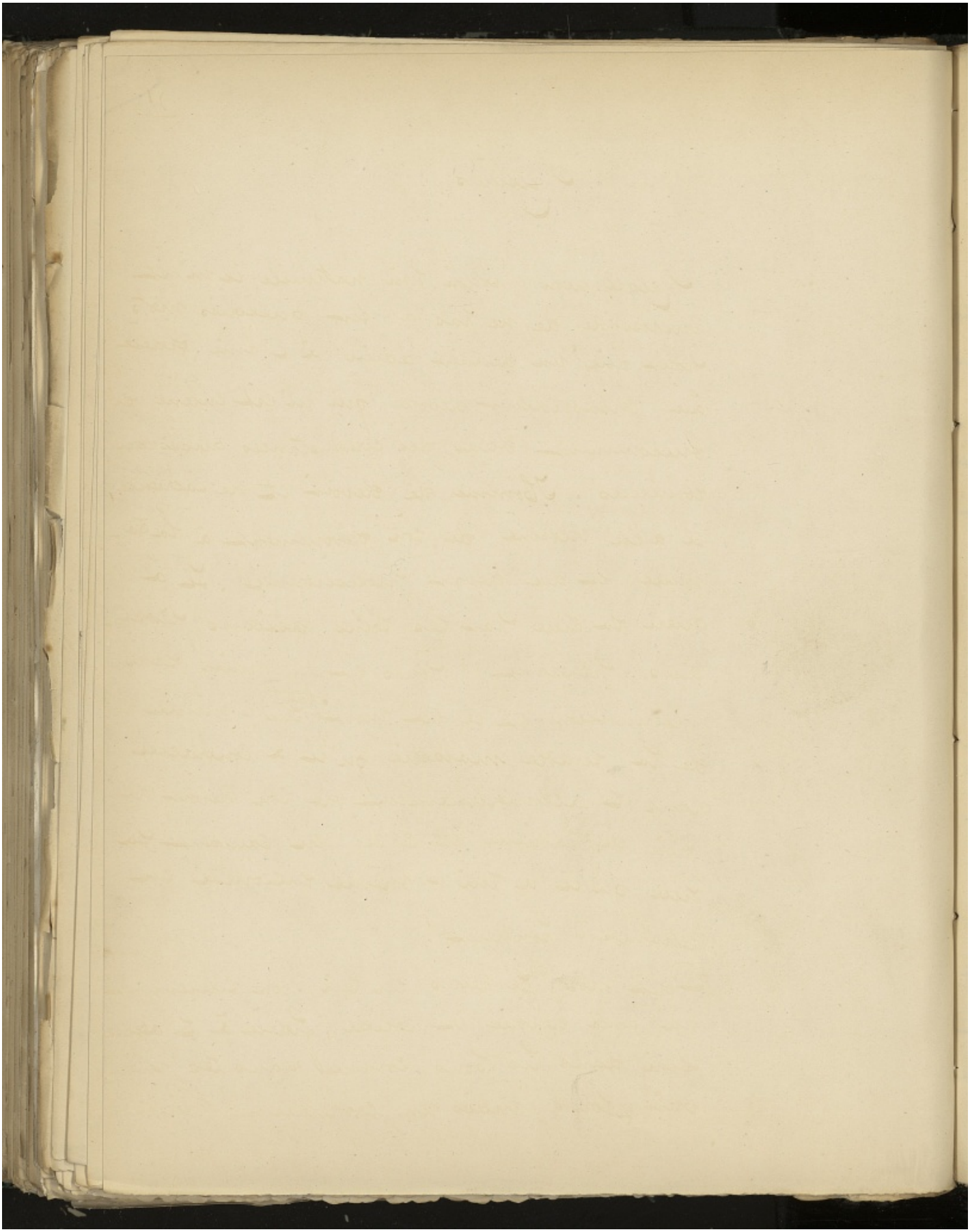


Notes

pour le discours sur Lotard.







Messieurs,

Malgré mon émotion bien naturelle il m'est impossible de ne pas ajouter quelques mots pour dire un dernier adieu à l'ami fidèle, au collaborateur dévoué qui m'est enlevé si brusquement dans des circonstances aussi douloureuses. Homme de devoir et de sacrifice, il a été victime de son dévouement à la famille et au devoir professionnel. Il a guéri sa fille par ses soins assidus prodigués pendant 15 jours et 15 nuits sans interruption et il est mort lui-même de la terrible maladie qu'il a contractée dans l'accomplissement de son devoir de père de famille et c'est en sauvant sa fille qu'il a lui-même succombé au champ d'honneur!

Pour moi, je perds en lui non seulement un ami dévoué et solide, fidèle à l'affection dans les bons comme dans les mauvais jours, mais un coopérateur précieux

dévoué à ses malades, fidèle observateur du devoir professionnel, profondément affectueux sous des apparences de froideur et qui avait su se faire aimer de tous par les services nombreux qu'il rendait simplement et modestement sans bruit et sans ostentation ne recherchant ni l'ambition ni la fortune, mais simplement la récompense d'une conscience tranquille et du devoir accompli.

Sa nature supérieure aurait pu l'appeler à une plus brillante destinée, mais modeste et sans ambition, il n'avait pas d'autre but dans la vie que l'accomplissement du devoir, la vie de la famille et l'existence tranquille des champs.

Il s'était créé à la campagne une petite propriété qu'il affectionnait particulièrement et sa seule crainte était de me trouver privé dans quelques années

de sa coopération si active et de son bienfaisant appui par sa retraite prématurée dans sa propriété du Berry. Mais combien j'étais loin de prévoir le malheur qui me frappe aujourd'hui et de penser que je serais ainsi brusquement séparé de lui par une mort si rapide causée par une maladie inattendue!

Enlevé brusquement par cette cruelle affection dans la plénitude de la vie et de la santé, alors qu'il avait encore devant lui un vaste champ à parcourir et de véritables services à rendre à la science.

Esprit original, penseur profond, plein de vues nouvelles frisant le paradoxe, mais ramené toujours au sentiment de la réalité par un jugement sûr et droit qui rectifiait toujours les écarts de son imagination orientale, il laissera dans la science un certain nombre d'idées neuves et originales qu'il n'a pas eu le temps de développer et qui

tout restées à l'état d'embryon et des mots nouveaux tels que le délire de négation et le délire d'énormité qui est à la mélancolie, aux folies mélancoliques ce que le délire des grandeurs est aux folies expansives.

Dans le dernier congrès auquel il n'a pas pu assister retenu qu'il était au chevet de sa fille ; notre excellent secrétaire général a lu un travail de lui sur les origines psychomotrices du délire qui contient les idées neuves les plus originales qui deviendra le point de départ de recherches nouvelles dans la même direction et qui a eu des honneurs d'une discussion sérieuse à laquelle il n'a pas pas pu prendre part.

C'est là son dernier travail auquel il avait consacré bien des veilles auquel il attachait une véritable importance

et que malheureusement il n'a pu qu'ébaucher dans une étude rapide sans pouvoir en approfondir tous les côtés nouveaux et féconds en conséquences importantes.

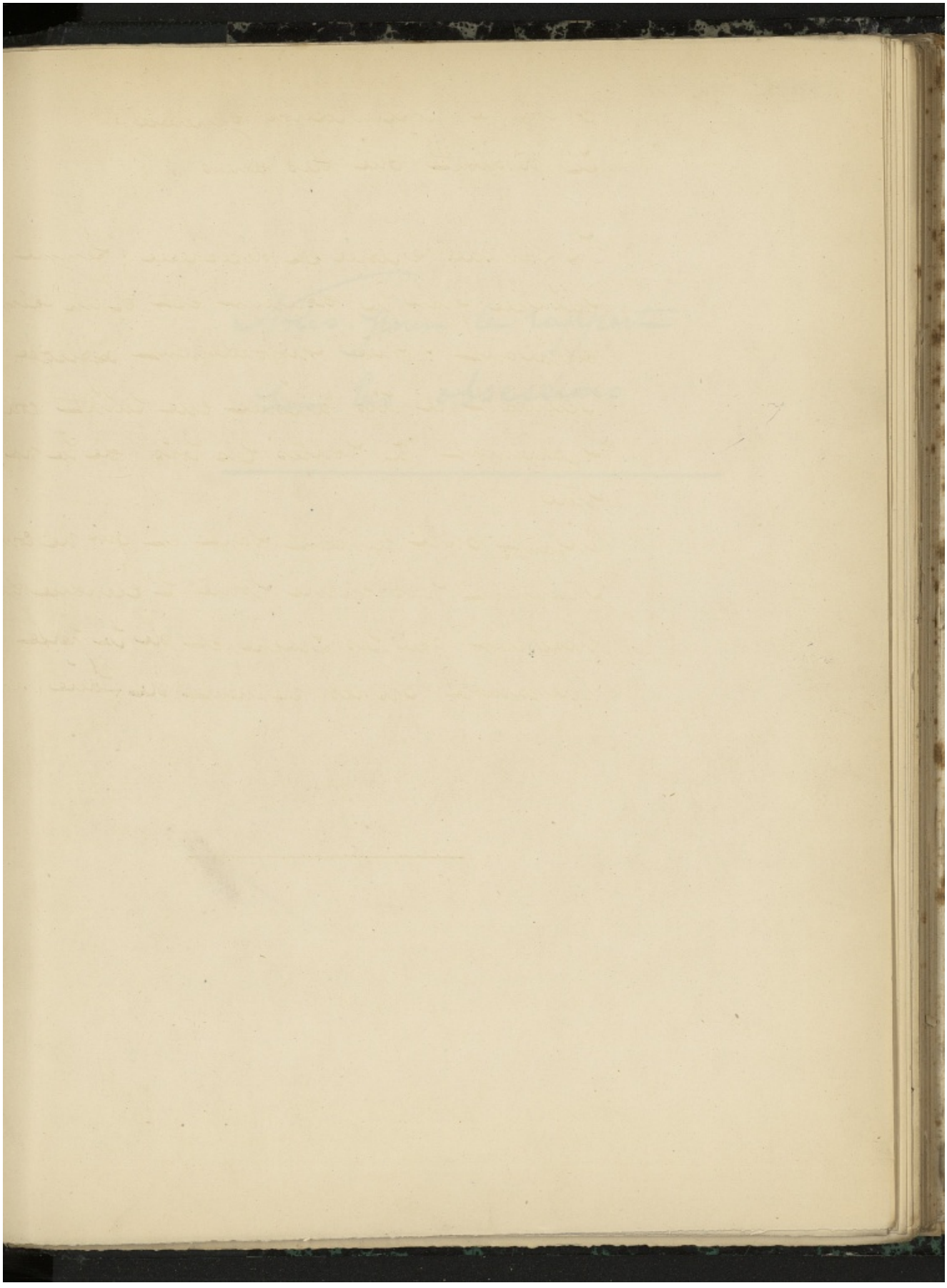
Tous ici, parents, maîtres, amis, collègues, malades, employés, habitants de la commune, tous frappés de la même douleur, manifestation autour de ce cercueil la même émotion et pas une note discordante ne s'élève du milieu de ce concert unanime de regrets et de reconnaissance

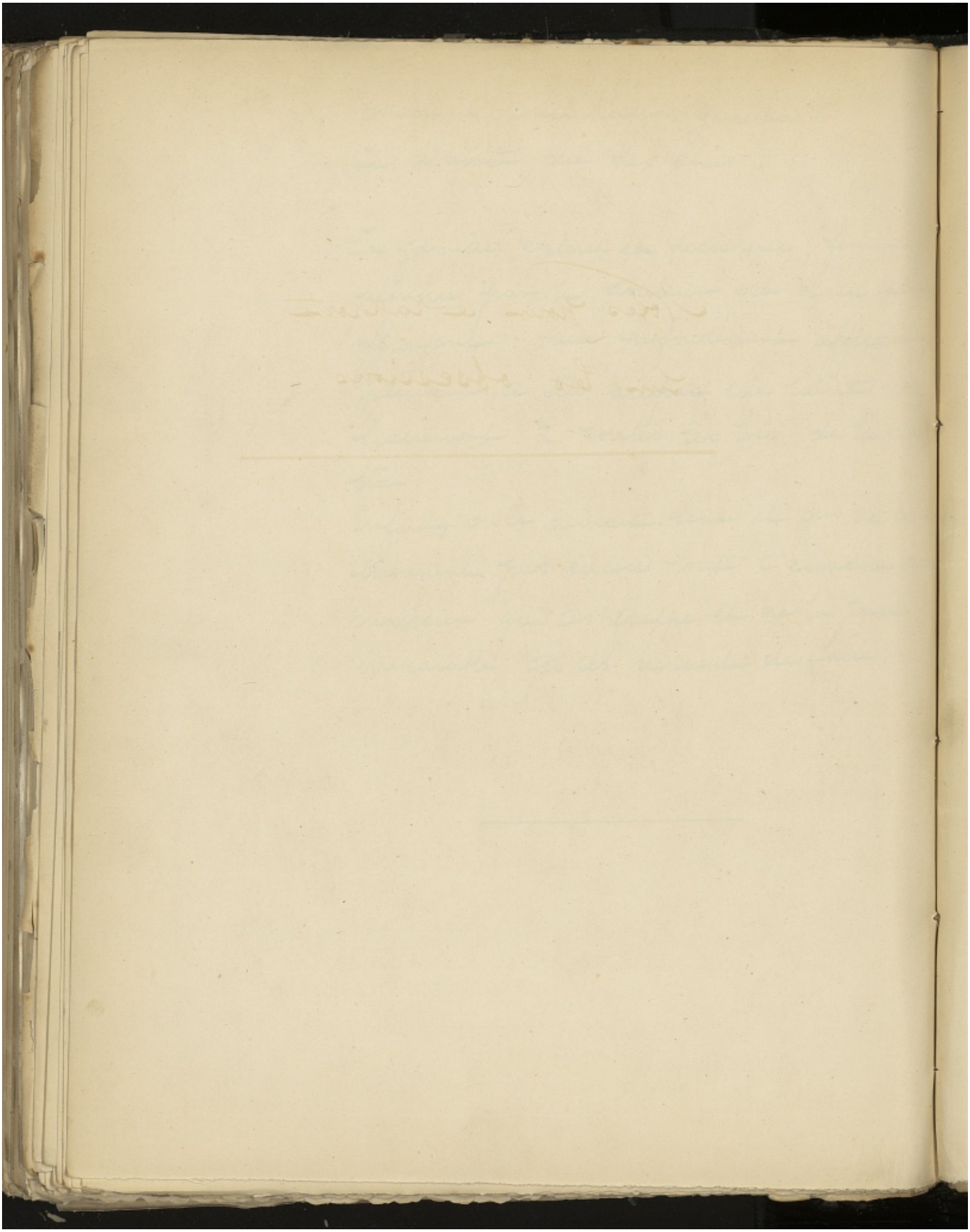
Adieu cher ami, cette grande maison que tu remplissais de ton autorité et à laquelle tu prodiguais tes soins, nous semblera vide mais nous conserverons tous précieusement ton souvenir et nous serons les protecteurs naturels de ta famille que dans des adieux déchirants tu as confié à nos soins et à notre protection qui ne leur manquera pas.

regrets unanimes dans la

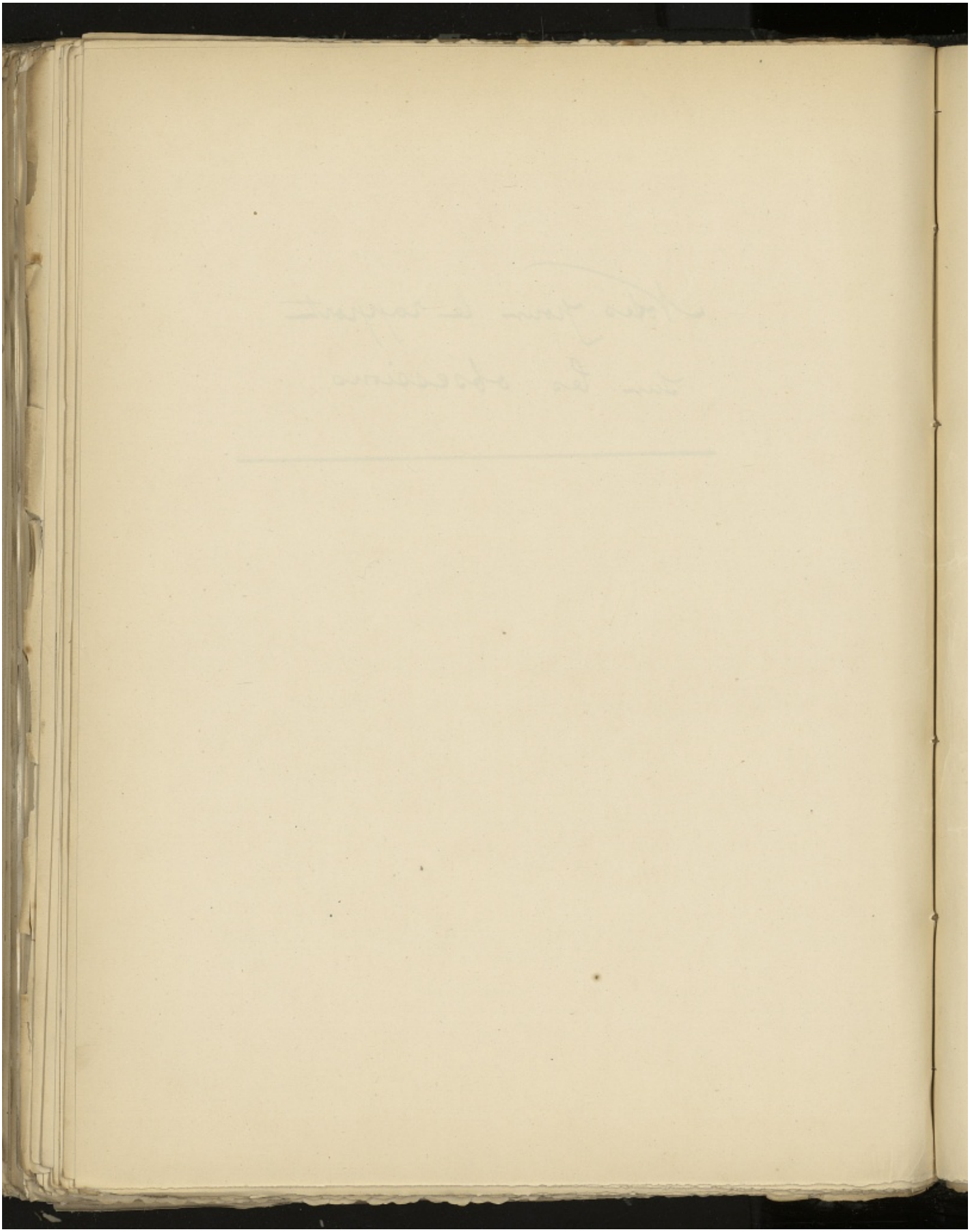
commune consternation générale.
Il n'avait que des amis.

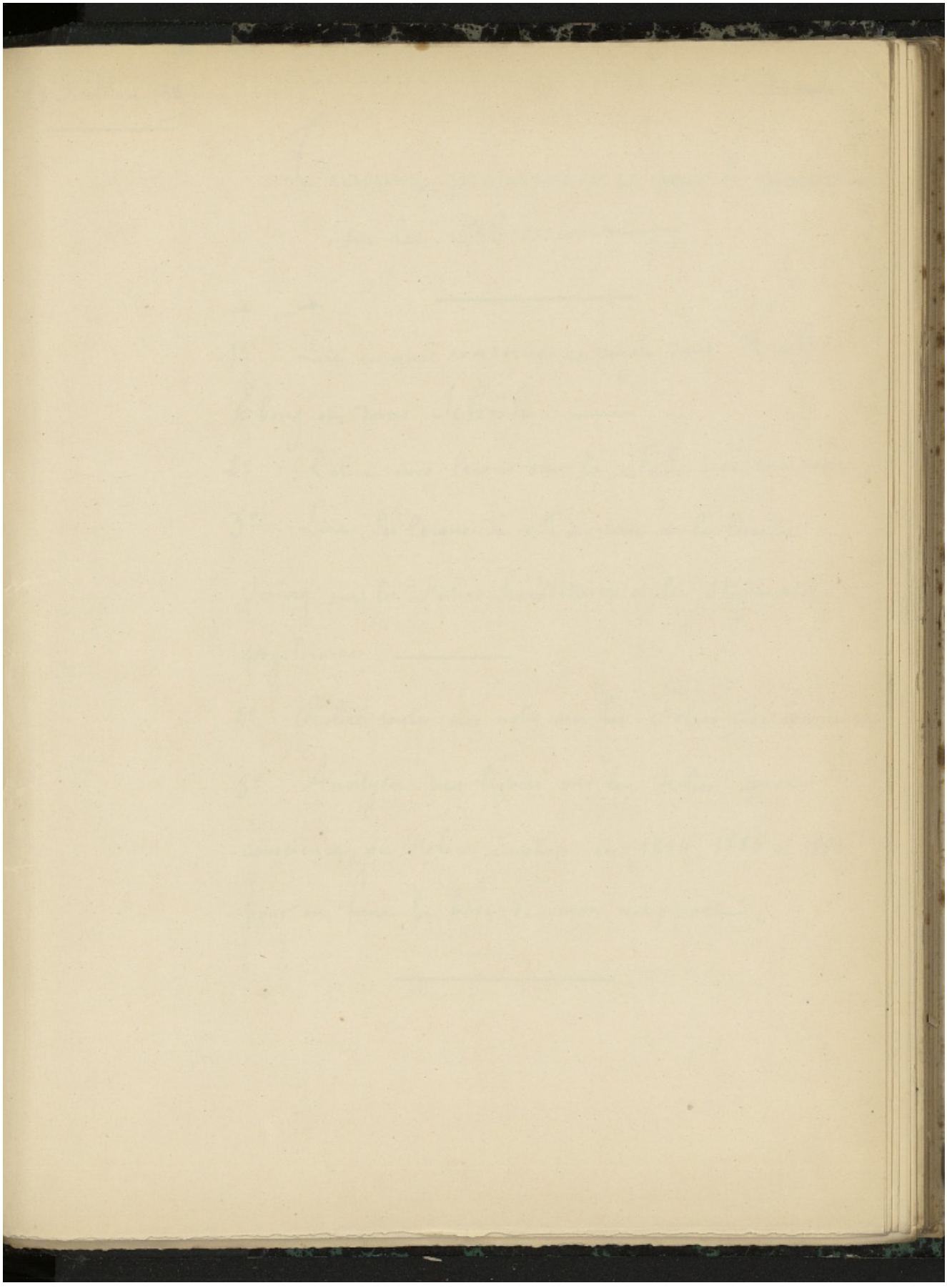
La famille éplorée et désespérée ; femme pétrifiée par la douleur est d'un calme effrayant : mère profondément affligée pleurant ce fils auquel elle unit contrairement à toutes les lois de la nature.
Enfants qu'il aimait tant et qui ne comprennent pas encore toute l'étendue du malheur qui les frappe et de la perte irréparable qu'ils viennent de faire.

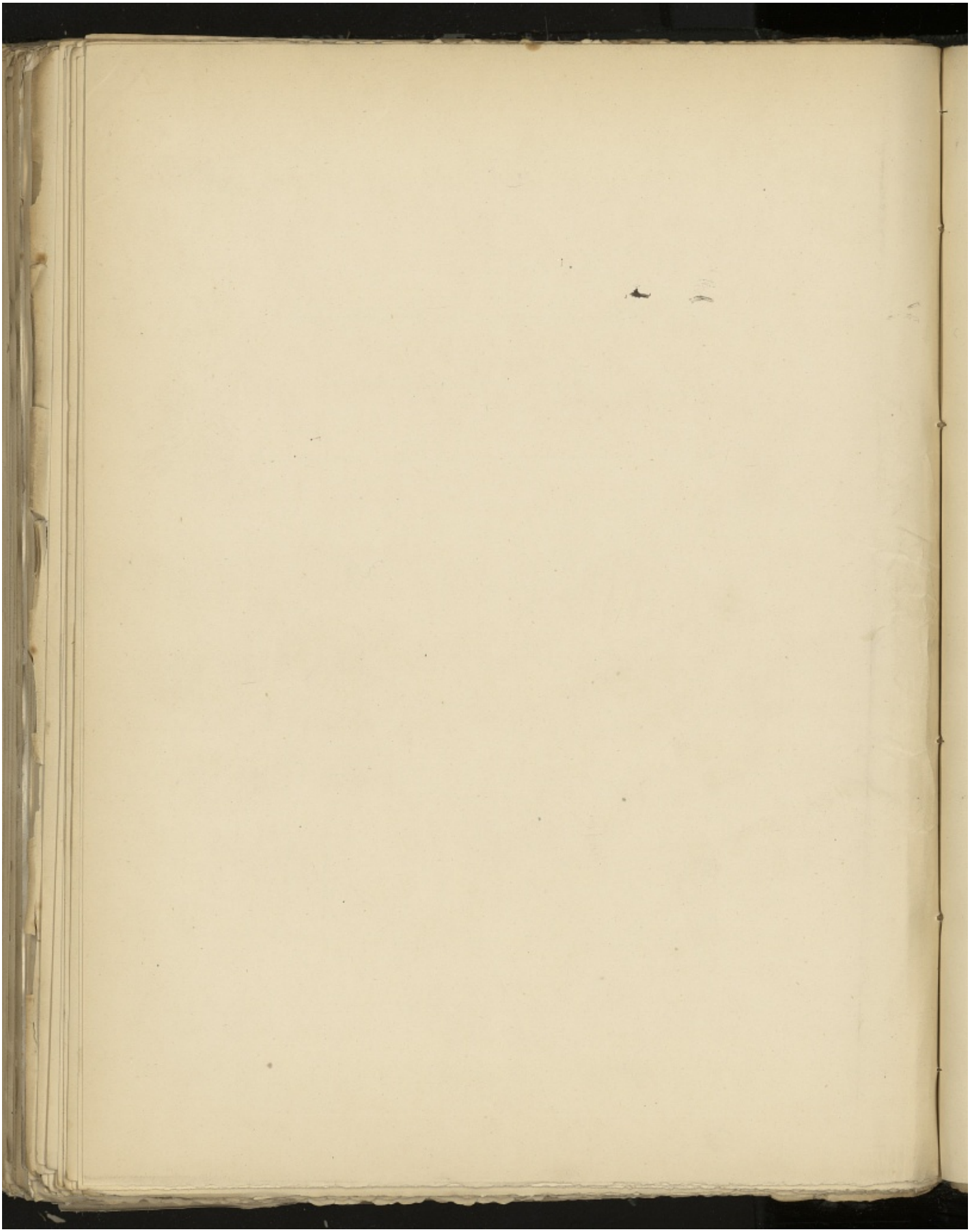




Notes pour le rapport
sur les obsessions







28 Juillet 1889

1

Travaux préparatoires pour le rapport sur les Obsessions.

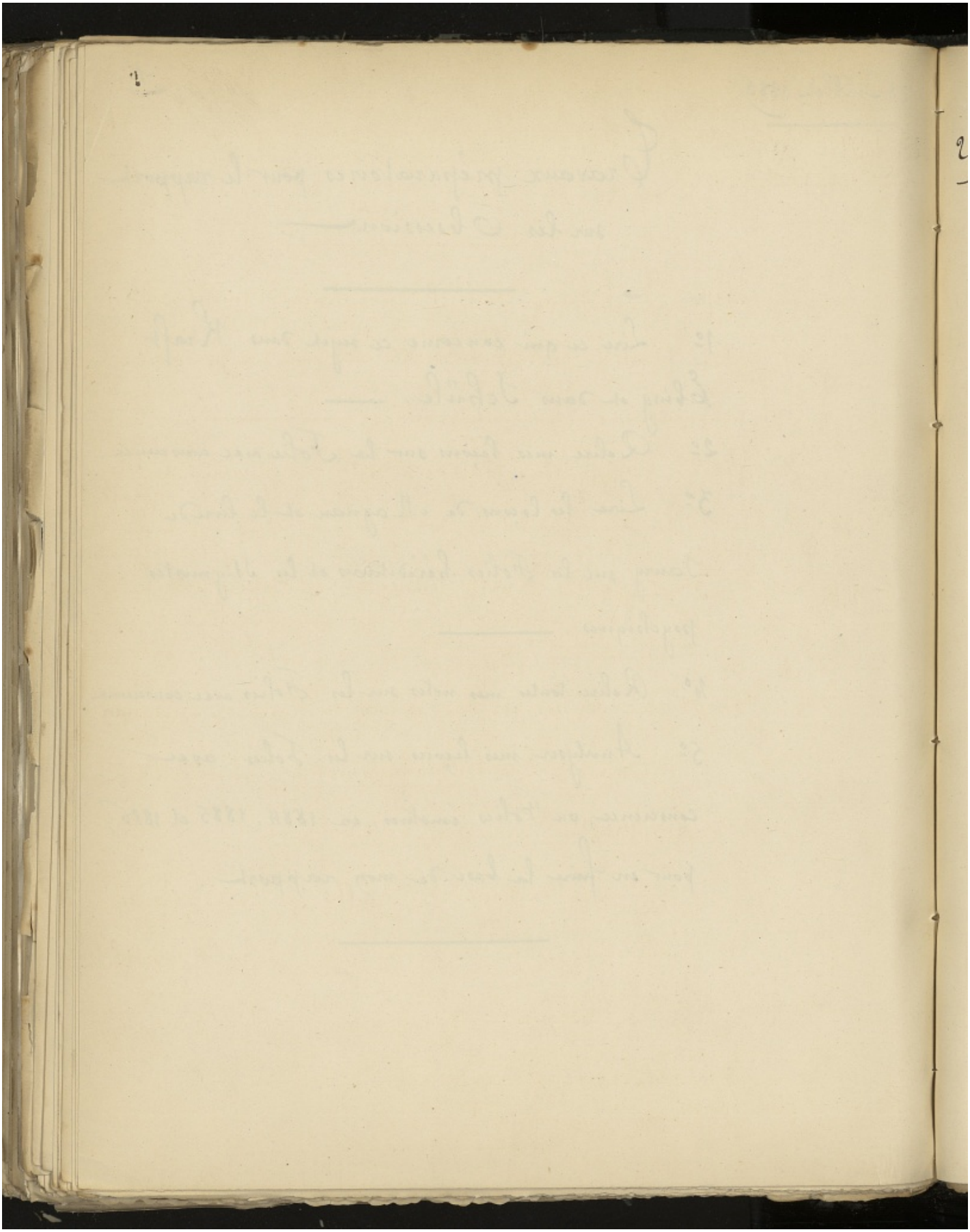
1° Lire ce qui concerne ce sujet dans Kraft Ebing et dans Schüle.

2° Relire mes leçons sur la Folie avec conscience.

3° Lire les leçons de Magnan et le livre de Jaury sur les Folies héréditaires et les Stigmates psychiques.

4° Relire toutes mes notes sur les Folies avec conscience.

5° Analyser mes leçons sur les Folies avec conscience, ou Folies émotives, en 1884, 1885 et 1886, pour en faire la base de mon rapport.



29 Juillet 1889

Recherches à faire sur les obsessions.

1° — Chercher dans l'Encéphale (juillet et août 1885) le travail du Dr. Doyen sur les terreurs morbides et le délire émotif. ———

2° — Lire les leçons de Ball sur le même sujet et les leçons de Magnan dans le Progrès. ———.

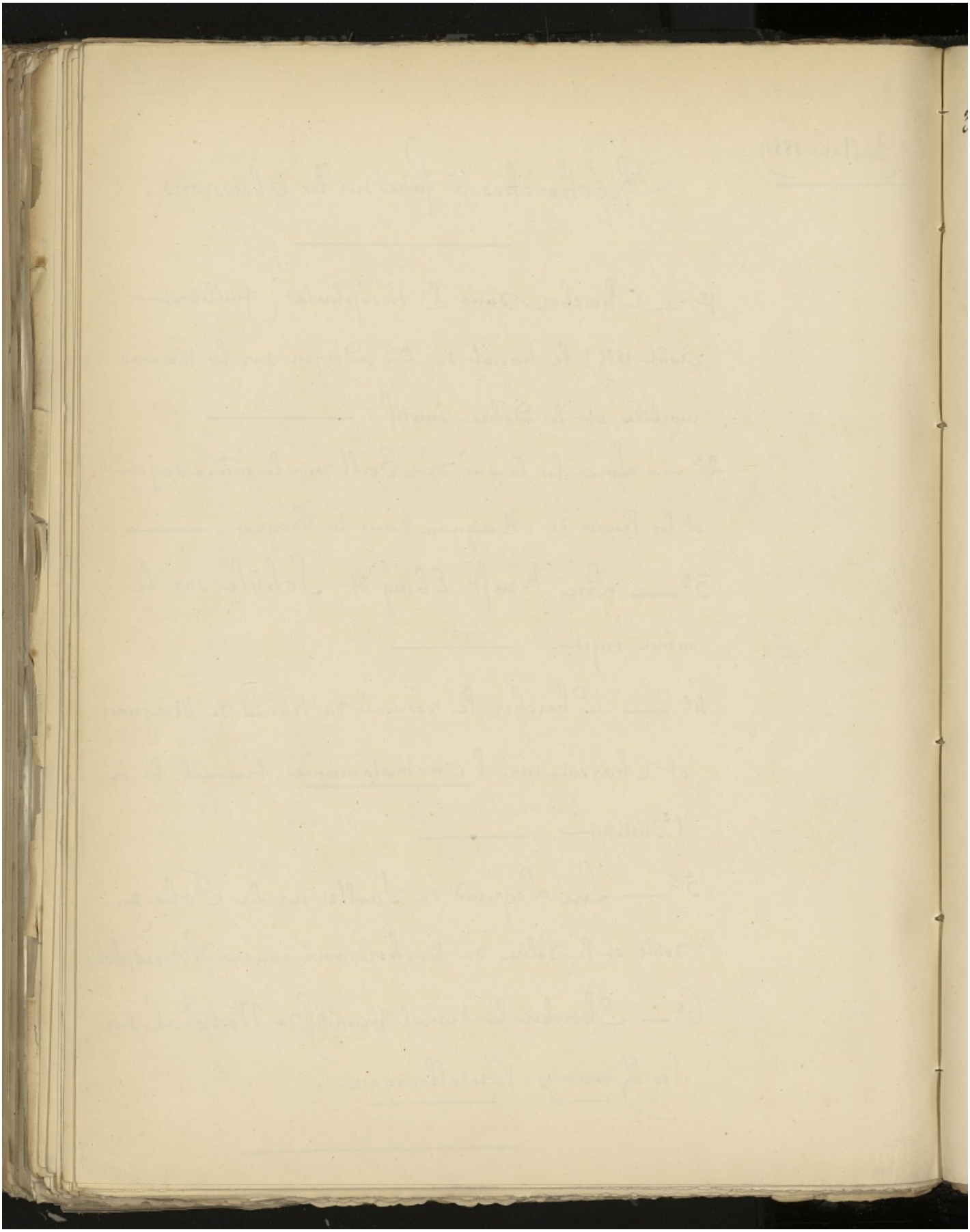
3° — Lire Kraft Ebing et Schüle sur le même sujet. ———

4° — Chercher le résumé du travail de Magnan et Charcot sur l'Onomatomanie, travail lu à l'Institut. ———

5° — Lire Legrand du Saulle sur la Folie du doute et le délire du toucher, ainsi que sur l'Agoraphobie.

6° — Chercher le travail primitif de Westphal sur les Zwangs-Vorstellungen.

———



30 Juillet 1889

Dans les maladies aigües ;

1° — L'absence de conscience du sentiment de maladie est le 1er symptôme du délire aigü qui commence et qui annonce son apparition prochaine. (cette idée exprimée par plusieurs auteurs se trouve dans l'article Délire, de mon père et dans la thèse de Sagot sur le délire aigü et mérite d'être signalée à propos de l'absence de la Conscience de son état dans l'aliénation mentale.)

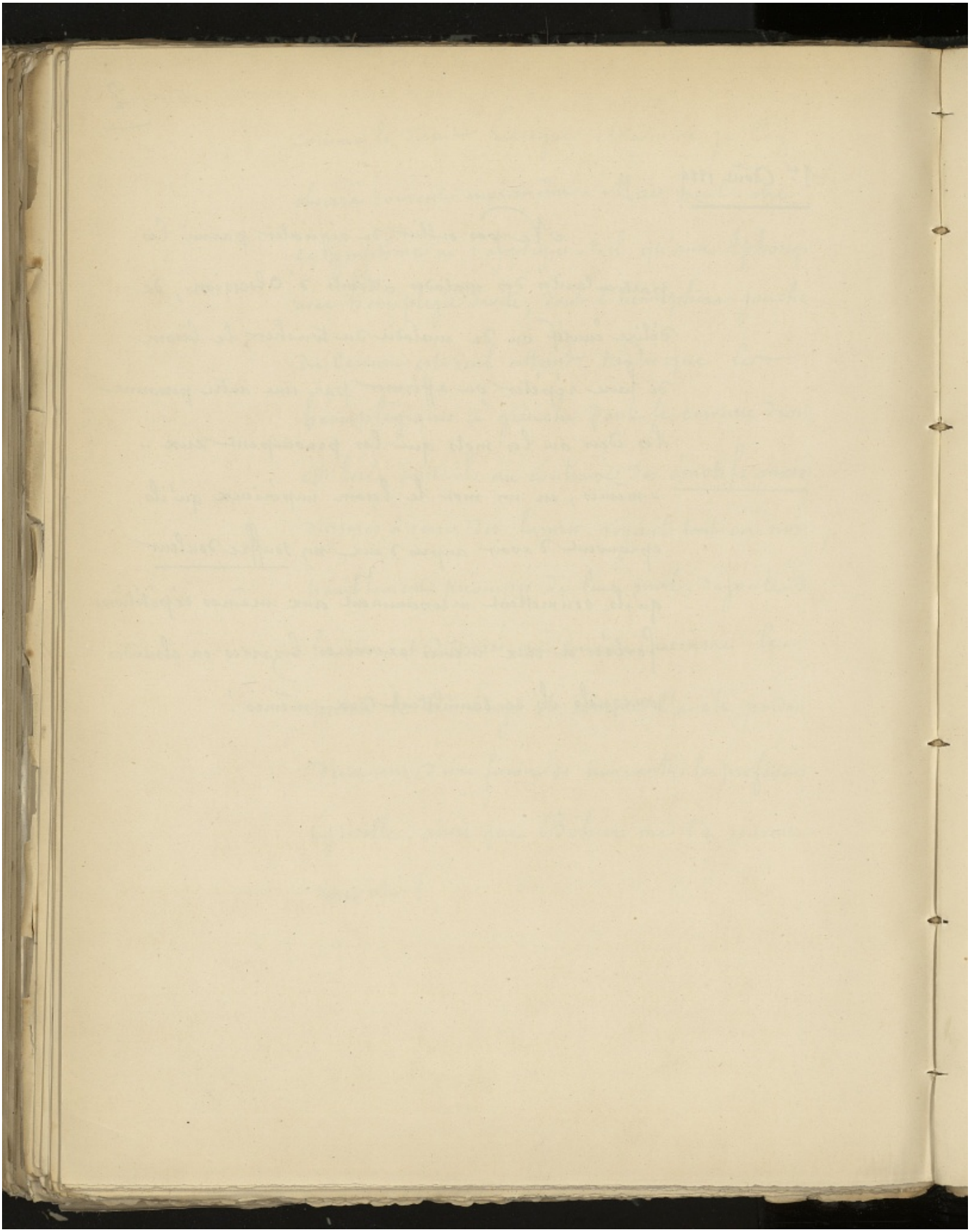
2° — Les Apoplectiques et hémiplégiques sont optimistes. Ils n'apprécient pas la gravité de leur état qu'ils considèrent comme léger et sans importance et dont ils ne se tourmentent pas. Ils ont l'absence du sentiment de maladie, l'insouciance de l'avenir, ne redoutent pas la mort, croient qu'ils vivront toujours, font des projets, sont, en un mot, le diminutif des paralytiques généraux et l'opposé des hypochondriaques. Ce sont des fanfarons de la santé et des optimistes.

comme le disait Lasègue et comme je l'ai observé souvent moi-même. Mais peut-être, ce symptome ne s'applique-t-il qu'aux Aphasiques avec hémiplégie droite, dont l'hémisphère gauche du Cerveau est seul atteint, tandis que les hémiplégiques à gauche dont le cerveau droit est lésé, sont-ils au contraire des émotifs anxieux, disposés à verser des larmes, voyant tout en noir, péniblement préoccupés de leur mal, dégoutés de la vie, et disposés au suicide, comme le prétend le Dr. Luys et comme l'a été, pendant deux ans, d'une façon si navrante, le professeur Grisolle, ainsi que Béhier me l'a souvent raconté ?

7

1er Août 1889

Ne pas oublier de signaler parmi les particularités des malades atteints d'Obsession, de délire émotif ou de maladie du toucher, le besoin de faire répéter ou affirmer par une autre personne les idées ou les mots qui les préoccupent eux-mêmes, en un mot le besoin impérieux qu'ils éprouvent d'avoir auprès d'eux un souffre douleur qu'ils soumettent incessamment aux mêmes répétitions forcées et aux mêmes exercices bizarres ou absurdes auxquels ils se soumettent eux-mêmes !



Plan de la leçon sur la Folie avec Conscience.

Préambule. C'est une variété dans le grand groupe des Folies héréditaires Généralités psychologiques sur la Conscience de son état par rapport à la conscience psychologique et à la conscience morale.

Description des faits élémentaires qui servent de base à cette maladie et qui sont compatibles avec l'état physiologique. C'est le 1er degré de ces états qui peuvent rester stationnaires à ce degré, ou bien servir de point de départ au développement ultérieur de la maladie. Agoraphobie, Claustrophobie, etc.

En un mot, il existe une foule de craintes instructives qui peuvent être considérées comme de simples névroses et qui sont un premier degré.

Le second degré est réellement de la Folie

avec conscience.

On doit l'étudier sous quatre formes :

1° Sensations : — hallucinations.

2° Idées : — Zwangsvorstellungen

3° Emotions : — Mélancolie.

4° Impulsions : — Monomanies instinctives diverses

suicide impulsif. ———

2ème Partie.

Folie du doute ou du toucher.

Le doute et l'hésitation est le fond. Existe dès l'enfance : Scrupules. — Questions posées mentale- — -ment. — Epoque de la puberté. — Naissance subite de l'idée délirante, à propos d'un fait. ——

1er Degré se passant dans le for intérieur.

2ème Degré passage à l'acte, répétition mentale. — Souffre douleur. — Vœux. — Variétés d'idées et d'actes du délire du toucher. — Marche, traitement, pronostic. —

———

11

Analyse

du travail de Régis

sur les Obsessions anxieuses et émotives.

(Délire émotif de Morel)

lu au Congrès d'Anvers en 1885.

A côté des aliénés proprement dits qui peuplent les asiles, il est des individus qui, sans avoir positivement perdu la raison, sont loin d'être normalement organisés au point de vue mental.

Issus de Nérropathes et nérropathes eux-mêmes, héréditaires, comme on les appelle, ils sont sujets à divers troubles intellectuels, de nature bizarre, mais qui ont pour caractère habituel d'être conscients et de s'accompagner d'un état anxieux plus ou moins marqué. De ce nombre sont : L'Agoraphobie ou peur des espaces, la Claustrophobie ou peur

de l'étroit, la Folie du doute, le Délire du toucher, la crainte des épingles, le besoin de répéter un mot, le besoin de compter et des préoccupations variées du même genre. —

Au fond, les appellations les plus solennelles cachent des particularités très-simples. Ces individus, intelligents en général, se rencontrent dans toutes les positions et à tous les âges. Ils sont presque toujours des héréditaires. Ils s'acquittent très-bien des devoirs de leur profession, mais sous ce calme apparent, se cache une obsession pathologique qui les oppresse et les torture d'autant plus, qu'ils luttent incessamment contre elle et cherchent à la refouler au plus profond de leur être. L'un ne peut traverser une place déserte sans être pris d'une angoisse inexprimable, qu'il ne peut dompter qu'en s'appuyant sur le bras de quelqu'un ou à l'abri d'une voiture; l'autre, comptable de profession, doute que l'addition qu'il vient de

faire soit exacte et passe toute la journée à faire la preuve ou la contre preuve, sans jamais parvenir à se convaincre. Un autre, transportant son doute dans le domaine immatériel, recherche la solution des problèmes métaphysiques les plus graves : Dieu, le monde, la vie future et arrive jusqu'à douter de sa propre existence. Celui-ci se sent obligé de compter les becs de gaz ou les arbres de sa route et, s'il croit s'être trompé et en avoir oublié un il revient sans cesse à la charge, et plein d'angoisse, revient constamment sur ses pas. Celui-là lutte sans cesse en lui-même pour s'empêcher de prononcer une phrase ou un mot qui l'obsède et lui revient sans cesse sur les lèvres, et cette lutte intime le plonge dans une telle anxiété qu'il ne peut obtenir un soulagement qu'en prononçant à demi voix ou mentalement la phrase ou le mot qui font son supplice. Un autre ne peut s'approcher d'une

fenêtre ouverte sans être pris, non de l'envie de s'y précipiter mais de l'idée qu'il ne pourra s'empêcher de le faire ; un autre ne peut toucher du bout des doigts un objet quelconque, par exemple un bouton de porte en métal, et pour se soustraire à cette obligation s'entoure la main avec un mouchoir. Un autre encore ne peut voir un vieillard respectable, une dame, un personnage sans avoir peur d'être poussé à les frapper ; un autre, en présence d'objets fragiles, est obsédé de l'idée qu'il va les casser, ou en face d'épingles qu'il va fatalement les avaler. D'autres tombent dans la même angoisse, à propos de certains mots, de certains chiffres, ou de certains nombres, comme le nombre 13, ou le nombre impair auquel ils attribuent une influence néfaste. Ils se sentent obligés de répéter deux ou plusieurs fois les mêmes paroles, les mêmes gestes, les mêmes actes, par exemple de laisser tomber deux fois un objet qu'ils avaient déjà laissé échapper de leurs mains. Ils ne peuvent s'empêcher de

marcher sur telle ou telle partie de la chaussée, sur telle ou telle ligne de pavés ou de dalles, de monter ou de descendre d'un trottoir autrement que d'une certain pied, ou sans avoir compté au préalable un certain chiffre ! La moindre infraction à ces habitudes ridicules les plonge dans les transes ! Certains d'entr'eux ne peuvent se livrer au coït qu'en évoquant tel ou tel souvenir, telle ou telle image, tel ou tel mot, faute de quoi l'anxiété s'empare d'eux et ils tombent dans l'impuissance. D'autres enfin sont pris d'une angoisse subite et croient qu'ils vont mourir, avoir une attaque, une syncope, un arrêt du cœur, devenir fous, être portés fatalement au suicide, crier par force, ne pouvoir manger, etc, etc.

En un mot, l'anomalie psychique, peut revêtir les formes les plus variées et les plus dissemblables et si l'on voulait honorer chacune de ces particularités d'un nom spécial, on n'arriverait qu'à jeter la confusion dans l'étude de ces états variés. Au lieu de les scinder à l'infini, il faut les grouper dans une étude

d'ensemble et rechercher leurs points communs. On arrive ainsi à constater que ce sont des phénomènes du même ordre et qu'ils ne diffèrent qu'en apparence. Tous ne surviennent que chez des héréditaires; tous s'accompagnent de la lucidité et de la conscience et aboutissent rarement à la Folie proprement dite: Enfin, ce qui domine chez tous c'est l'état d'obsession anxieuse, angoissante qui les domine; obsession si pénible que ces malades en arrivent à concevoir et à exécuter des projets de suicide. Donc hérédité, lucidité consciente, crises d'obsession anxieuse avec lutte intime, enfin propension au suicide; tels sont les caractères communs qui permettent de les grouper et d'en faire une synthèse!

Exemple un malade qui était un type de ce qu'on appelle la Folie du doute. Comptable dans une compagnie de chemin de fer, il ne pouvait arriver à se convaincre de l'exactitude de ses calculs. Il avait beau y apporter le plus grand soin et les renouveler deux autres fois, pour être sur de ne pas

s'être trompé, qu'à peine séparé de sa feuille, il était repris du doute le plus angoissant et il lui fallait recommencer sa preuve et toujours aussi vainement. Avait-il livré son travail qu'aussitôt l'anxiété s'emparait de lui ; il ne pouvait plus ni manger, ni dormir, ni appliquer son attention à autre chose et il lui arrivait souvent d'aller redemander ses papiers à son chef pour les revoir encore. Une autre fois, ayant mis son vin en bouteilles il avait laissé le travail à moitié et fermé le robinet. A peine sorti de la cave le doute l'assaillit et il se demanda s'il avait bien fermé le robinet et anxieux il redescendit plusieurs fois à la cave pour s'en assurer sans jamais pouvoir se convaincre et dans une anxiété inexprimable ! Une autre fois, il se demandait si son col de chemise était bien fermé, si ses vêtements n'étaient pas sales et chaque fois qu'il se frottait contre un objet extérieur, il s'imaginait s'être sali et il ne pouvait se convaincre du contraire même en revenant souvent à la charge. Il en était de même pour sa Casquette qu'il ne croyait pas bien mise.

Cet état le rendait très. malheureux au point de songer au suicide. Dans ce cas on n'a pu trouver d'hérédité. —

Autre fait semblable. Une dame de Bordeaux obsédée de l'idée qu'elle ne pourrait pas s'empêcher de prononcer une phrase grossière, injurieuse pour une de ses nièces âgée de cinq ans et elle était révoltée de l'idée de parler ainsi à cette petite fille. Seule ou devant son mari, elle n'éprouvait pas cette obsession, mais aussitôt qu'il survenait une personne étrangère elle luttait intérieurement pour s'empêcher de prononcer cette même phrase qui lui montait aux lèvres et elle ne parvenait à se débarasser de cette obsession qu'en murmurant à voix basse et en se détournant ces mots qui la torturaient. Peu à peu le trouble ayant augmenté, elle ne pouvait plus paraître en public, à faire de grands détours pour ne plus rencontrer personne et à se confiner chez elle. Elle ne pouvait plus aller en chemin de fer et ne pouvait voyager qu'en voiture avec son mari, la seule présence d'une personne étrangère réveillant son obsession et son angoisse.

Son désespoir était tel qu'elle songeait à en finir par le suicide. Cet état mental qui avait commencé par la grossesse semblait être en rapport avec une affection du col utérin.

Quelques faits analogues ont été décrits par le professeur Ball sous le nom d'impulsions intellectuelles pour les distinguer des impulsions de la sphère morale ou instinctive, qui poussent à des actes violents ou impulsifs. — Tout récemment cet état mental caractérisé par la recherche anxieuse ou la répétition irrésistible d'un mot ou d'une phrase a été décrit par Charcot et Magnan et appelé Onomatomanie ou manie du mot. —

Les deux noms d'Onomatomanie et de Folie du doute indiqueraient donc deux espèces de Folie différentes si l'on s'en rapportait aux dénominations diverses qu'elles ont reçues, mais au contraire, représentent exactement le même état si l'on s'en rapporte aux faits eux-mêmes. En comparant les deux malades, cités plus haut, on voit qu'ils présentaient au fond

les mêmes symptômes, c'est-à-dire une émotivité se traduisant par une obsession anxieuse. Chez le premier c'était le doute intellectuel, chez la seconde la lutte contre un mot qui s'impose, mais c'est là une différence toute superficielle, car l'essentiel, ce n'est pas l'expression que peut revêtir l'obsession, mais l'obsession elle-même angoissante et spasmodique qui constitue la maladie. – Dans tous les cas particuliers, auxquels on a donné des noms spéciaux, on retrouve toujours les mêmes caractères et c'est l'état d'obsession anxieuse qui en forme la base. –

C'est donc une grave erreur scientifique de scinder ainsi à l'infini des phénomènes identiques et de les baptiser de noms différents, et au lieu de créer des types distincts, il faut en étudier les points communs et en faire la synthèse.

Morel avait déjà décrit plusieurs de ces Obsessions délirantes et surtout celle caractérisée par la Crainte du contact des objets extérieurs,

et avait compris que le fond de tous ces états était le caractère anxieux et émotif et leur avait donné le nom de Délire émotif, en en plaçant le siège dans le système nerveux ganglionnaire viscéral (Morel, du délire émotif, Arch. de médecine 1866). — c'était déjà faire de la synthèse, tandis que depuis lors on s'est surtout attaché à décrire séparement chacune des formes possibles de ce délire, en leur donnant un nom spécial pour les distinguer les unes des autres.

M. Magnan, il est vrai a cherché à réagir contre cette tendance nouvelle, quoique il ait lui-même créé le mot nouveau très-peu réussi de Belonéphobie (crainte des épingles) et d'autres analogues. Mais, de même que Morel avait décrit les stigmates physiques de l'hérédité, il a eu l'heureuse idée de désigner les obsessions sous le nom de stigmates psychiques de l'hérédité, pour indiquer par là que ces symptômes représentaient

dans l'ordre intellectuel la tare héréditaire comme les stigmates matériels la représentent dans l'ordre physique. On ne peut qu'approuver ce nom de stigmates physiques donné aux obsessions anxieuses et émotives, quoique l'on doive ajouter que l'hérédité n'est pas absolument fatale dans ces cas, car il est des faits particuliers dans lesquels elle fait absolument défaut ou échappe aux investigations les plus minutieuses. —

Il faut donc étudier les stigmates psychiques de l'hérédité, dont l'obsession anxieuse ne constitue qu'une des expressions dans une large vue d'ensemble. Les éléments de cette étude sont préparés ; il ne reste plus qu'à dégager nettement le type de l'individualité psychique de l'héréditaire avec ses stigmates et ses malformations.

Ce sera faire une œuvre plus utile et plus méritoire que de multiplier à l'infini les

dénominations en ajoutant des unités nouvelles à toutes celles qui encombrent déja le cadre de l'aliénation mentale. —

Tel a été le but de ce travail d'essayer la regrettable tendance à la recherche des infiniments petits et d'établir l'analogie ou même l'identité des obsessions anxieuses et émotives, sous quelque forme qu'elles se présentent.

Ce travail était terminé quand a paru dans l'Encéphale (Juillet et Août 1885) un excellent mémoire du Dr E. Doyen, interne à l'Asile Ste Anne sur les Terreurs morbides et le Délire émotif en général. Ce mémoire contient des faits cliniques intéressants et un premier essai de généralisation qui se révèle nettement dans les conclusions. L'auteur tend

à l'assimilation de la Folie du doute et du délire émotif, que nous avons admise nous-mêmes dans le travail précédent. L'auteur indique également d'une manière très-claire et très-précise les conditions multiples des origines du délire émotif. —

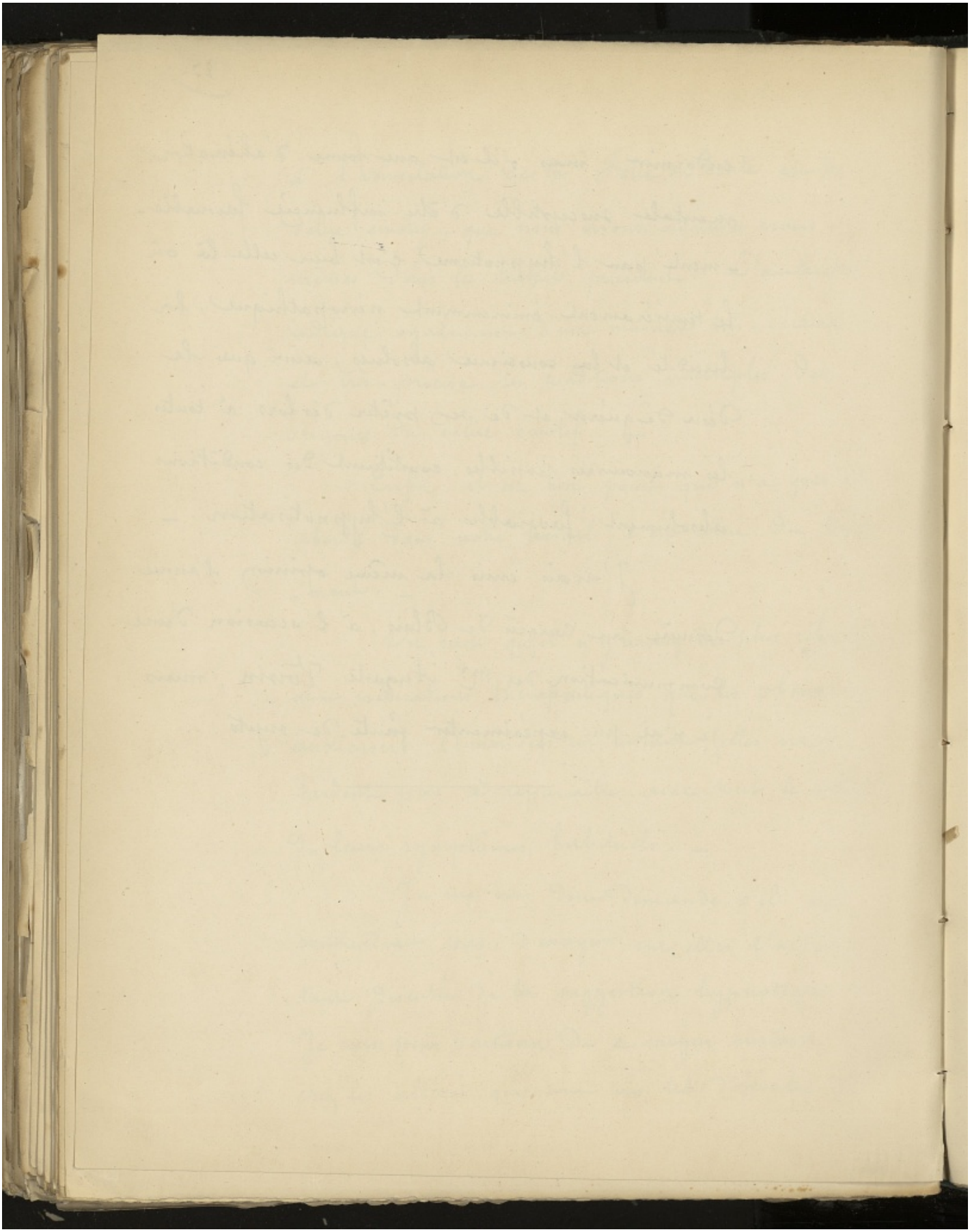
Enfin, il est un point qui n'a pas été abordé dans notre travail, c'est celui du traitement. —

On sait qu'il n'y a rien de plus réfractaire aux indications thérapeutiques que les obsessions anxieuses. Amendées un instant, elles ne tardent pas à reparaître avec tout le cortège de leurs symptômes habituels. —

Je me suis donc demandé s'il ne conviendrait pas d'essayer sur elles l'action tant discutée de la suggestion hypnotique. Je suis peu partisan de ce moyen surtout chez les aliénés qui sont tous très-difficiles à

endormir, mais s'il est une forme d'aliénation mentale susceptible d'être influencée favorable-ment par l'hypnotisme, c'est bien celle-là où le tempérament éminemment névropathique, la lucidité et la conscience absolues, ainsi que le désir de guérir et de se prêter dès lors à toutes les manœuvres possibles constituent des conditions absolument favorables à l'hypnotisation. —

J'avais émis la même opinion l'année dernière au Congrès de Blois, à l'occasion d'une communication de Mr Auguste Voisin, mais je n'ai pu expérimenter faute de sujets. —



Résumé de la leçon de 1884 sur les Folies avec conscience et le délire du toucher ou crainte du contact des objets extérieurs

---

Dans la dernière séance, j'ai décrit les caractères généraux de la Folie héréditaire ou plutôt des Folies héréditaires. Dans cette leçon mon but, en m'appuyant surtout sur les travaux du Dr Morel, a été de vous montrer que les Folies héréditaires, qui ne sont pas admises encore aujourd'hui par la plupart des aliénistes, ont cependant des caractères généraux, des caractères communs importants, qui permettent de les réunir toutes dans un même groupe général, dans

un groupe très-vaste des maladies mentales.
Mais ce n'est là, en quelque sorte, que l'enfance
de l'art, l'enfance de la science. En effet,
ces caractères généraux sont trop vagues, trop
complexes et embrassent un trop grand nombre de
faits pour pouvoir suffire à la science plus avancée,
telle qu'on doit la concevoir.

C'est un groupe énorme, un genre considérable
de maladies qu'il conviendrait de diviser en
plusieurs espèces et en plusieurs variétés, et c'est
dans l'étude de ces variétés que doit consister le
progrès ultérieur de notre science spéciale. –

Il en est des Folies héréditaires comme
des paralysies générales. La paralysie générale qui
est décrite aujourd'hui comme une maladie unique
ayant des caractères communs, a sans doute
beaucoup de caractères communs, mais elle a
aussi de nombreux caractères différentiels.

Il faut donc arriver à distinguer des

variétés vraiment naturelles, dans les Paralysies générales, comme dans les Folies héréditaires. –

Dans une des leçons précédentes, j'ai décrit la folie circulaire, ou où forme, comme une variété spéciale, qui appartient en réalité au grand groupe des Folies héréditaires.

Aujourd'hui, je vais m'attacher à la description d'une autre variété moins bien connue, moins bien décrite, mais qui cependant, mérite également d'être distinguée et séparée au milieu du groupe trop vaste et trop étendu des Folies héréditaires : je veux parler de la Folie avec Conscience. Cette variété de maladie mentale est encore peu connue; elle n'a pas été décrite jusqu'à présent, comme forme distincte et spéciale et en effet, sa description est encore un peu flottante et envahit à chaque instant sur les formes et les variétés voisines. Cependant, le caractère principal de la Conservation de la Conscience de son état dans

un état de trouble mental très caractérisé, est un caractère tellement important qu'il peut servir de guide et de point de repère pour le classement d'un grand nombre de faits.

Ces deux mots : Folie avec conscience, semblent au 1er abord incompatibles et contradictoires. Pendant longtemps, en effet, pendant toute la moitié de ce siècle, depuis Pinel jusqu'à nos jours, on a admis que tous les aliénés, sans exception, avaient perdu la conscience de leur état et que la conscience de son état mental était incompatible avec l'idée de Folie. Tous nos maîtres, tous nos prédécesseurs ont admis qu'aucun aliéné ne se considérait comme malade, que tous admettaient que leur raison était saine, intacte et ne pouvait accepter l'idée qu'ils étaient atteints de Folie. L'absence de conscience de son état a donc été donnée comme un des caractères fondamentaux servant de critérium pour le diagnostic de la folie.

Dans plusieurs passages de ses ouvrages, Esquirol a défini la Folie un état de trouble mental sans fièvre et avec perte de la conscience de son état. D'autres auteurs ont donné la même définition. M. Baillarger, entr'autres, a fait de l'absence de la Conscience de son état un caractère pathognomonique de la Folie. Mon père également, dans son article aliénation mentale et dans son article délire, a signalé ce caractère comme signe distinctif essentiel entre la raison et la Folie. —

Il est admis, en effet, par tous les aliénistes de tous les pays, que les aliénés, en général, n'ont pas la conscience de leur état de maladie. Cependant les mêmes auteurs qui posaient ce principe comme caractère fondamental de l'aliénation mentale, étaient infidèles à leurs théories quand ils entraient dans le domaine de la pratique. Ainsi, Esquirol, Baillarger, mon père ont cité des exemples de malades qui avaient des impulsions réprouvées par eux-mêmes

et considérées comme maladives qui, en un mot, avaient conscience de leur état de maladie, de sorte que les observations particulières relatées par eux se trouvaient en contradiction avec la théorie générale qu'ils proclamaient de la non conscience de son état dans la Folie. —

Aujourd'hui le doute n'existe plus à cet égard dans les esprits. Tous les médecins cliniciens savent qu'il existe un certain nombre d'aliénés qui ont conscience de leur état de maladie. Ces malades s'observent surtout dans la pratique civile, dans la clientèle privée; ils sont plus rares dans les asiles d'aliénés mais cependant on en rencontre toujours quelques uns dans ces établissements, publics ou privés. —

La conscience de son état peut donc exister avec un trouble mental quelconque. C'est sur cette base que nous allons faire reposer la description de cet état particulier, de cette variété de folie

héréditaire ; car il est bien remarquable que la plupart de ces malades, pour ne pas dire tous, que tous les malades, dis-je, qui appartiennent à cette catégorie, sont en même temps des héréditaires, c'est-à-dire appartiennent au groupe plus étendu de maladies mentales que je vous ai décrit dans la précédente leçon. —

Un mot d'abord sur le sens du mot conscience en psychologie. —

Dans le langage psychologique et pathologique, le mot conscience a trois sens différents. Il y a la conscience psychologique, la conscience morale et la conscience de son état de maladie. Il faut bien se garder de confondre ces trois sens d'un même mot qui sont absolument différents. La conscience psychologique c'est l'observation intérieure de l'homme par lui-même ; cette faculté d'observation intérieure existe chez chacun de nous. C'est la base de la psychologie telle que la comprenait l'Ecole

de Cousin, Jouffroy, etc, l'école dominante il y a une trentaine d'années. La psychologie toute entière reposait sur l'observation intérieure de l'homme par lui-même. –

L'homme est doué, en effet, d'une faculté qui lui permet de s'observer lui-même intérieurement et d'assister en spectateur passif au mouvement général de ses facultés : C'est là ce qu'on appelle la conscience psychologique. Tout le monde sait, d'autre part, que le mot conscience s'applique et à la morale, comme à la psychologie, et que, dans ce cas, il exprime la faculté de discerner le bien du mal. Cette faculté qui existe chez tous les hommes, à divers degrés, se développe différemment selon les milieux, mais il existe chez tous et est le vrai fondement de la morale. Eh bien, ce n'est pas de ces deux espèces de conscience que je veux vous parler aujourd'hui. Ces deux facultés sont le plus souvent conservées chez les aliénés. Car c'est une grave erreur

de dire, comme on le dit souvent, que les aliénés ont perdu la conscience de leurs actes. Cette expression employée généralement en médecine légale est absolument erronnée en psychologie et en clinique. La plupart des aliénés, même ceux qui sont arrivés à un degré assez avancé de chronicité, ont la conscience de leurs actes de même que la conscience psychologique et la conscience morale, c'est-à-dire le discernement du bien et du mal. La médecine légale qui a reposé longtemps sur ce fait que les aliénés avaient perdu le discernement du bien et du mal, était donc basée sur un fait erronné au point de vue clinique. La plupart des aliénés, en effet, ont conservé la faculté de s'observer eux-mêmes intérieurement, de constater ce qui se passe en eux, de savoir quand ils font bien et quand ils font mal et ils ont parfaitement conscience des actes qu'ils accomplissent, ils savent très-bien qu'ils font tel acte et non tel autre; il n'y a que dans l'extrême démence ou dans le

trouble général des facultés, qu'ils perdent réellement ces diverses aptitudes à apprécier ce qui se passe en eux et la nature des actes qu'ils accomplissent. La conscience psychologique et la conscience morale sont donc conservées chez la plupart des aliénés ; mais il n'en est pas de même de la conscience de son état mental. Presque tous les aliénés ne se regardent pas comme des malades ; ils ne se croient malades, ni physiquement ni moralement, et ils sont bien loin de croire qu'ils ont perdu la raison.

C'est là un caractère très général de la folie, comme on l'a dit dans tous les temps. Les persécutés, par exemple, que nous vous avons décrits précédemment, n'admettent jamais qu'ils sont malades, ni qu'ils sont aliénés ; il en est de même des aliénés raisonnants, c'est-à-dire aliénés héréditaires dont le délire est plutôt caractérisé par le désordre des actes que par le trouble de l'intelligence. Ils se croient absolument intacts, au point de vue

de la conservation de toutes leurs facultés intellectuelles et morales et ils ont même un très-grand orgueil qui les porte à se considérer comme très-supérieurs au reste de l'humanité.

Mais il y a une catégorie particulière d'aliénés héréditaires qui ont précisement pour caractère principal d'avoir la conscience de leur état de maladie mentale, sans cependant pouvoir parvenir à se débarasser des phénomènes moraux pathologiques qui se produisent en eux malgré eux, alors même qu'ils ont tous conscience de la nature essentiellement pathologique de ces phénomènes insolites et anormaux. Ce sujet a été encore peu étudié; il est, dès lors, difficile de le limiter avec précision.

Le meilleur moyen d'arriver à en faire une description rapide consiste à partir des phénomènes de ce genre les plus simples et les plus élémentaires, pour monter, successivement les divers degrés de l'échelle pathologique et pour arriver ainsi par

degrés successifs des faits les plus simples, aux faits les plus complexes et les plus pathologiques.

Les faits élémentaires sont en quelque sorte de l'ordre physiologiques plutôt que de l'ordre vraiment pathologique. Alors même qu'ils doivent être considérés comme anormaux ils ne sont pas suffisants pour constituer par eux-mêmes une maladie mentale. Ce sont de simples anomalies ou idio-syncrasies de l'état physiologique ou semi physiolo-gique, plutôt que de véritables symptômes d'une maladie mentale, même commençante.

Il y a des individus, prédisposés par l'hérédité à la folie mais qui ne sont pas cependant des aliénés qui éprouvent certains phénomènes nerveux ou de trouble mental tout à fait spéciaux qui représentent les phénomènes élémentaires de la Folie avec conscience. –

Ces individus ont une sorte d'idiosyncrasie de nature mélancolique qui ne peut pas être

considérée comme de la folie mais qui représente une sorte d'anomalie spéciale, intellectuelle et morale. Par exemple certaines personnes ont la crainte de se couper en se rasant, la crainte de se couper la gorge et elles ne peuvent pas se raser elles-mêmes tant est grande chez elles la crainte instinctive d'être portées involontairement à se couper le cou, au lieu de se borner simplement à se raser.

D'autres n'osent pas regarder par une fenêtre ouverte dans la crainte d'être poussées involontairement à se précipiter. D'autres enfin, n'osent pas passer sur un pont ou près d'une rivière parce qu'elles redoutent de se sentir instinctivement poussées, malgré elles, à se jeter à l'eau. Ce sont là des terreurs instinctives et involontaires, des anomalies psychiques qui ne sont pas, à proprement parler, des symptômes de folie, mais qui représentent le phénomène pathologique initial, fondamental, élémentaire qui peut, chez certains individus, rester ainsi à l'état isolé,

mais qui chez d'autres, peut devenir le point de départ ou la base de la Folie impulsive avec conscience. Ces états rentrent plutôt à ce degré, dans le domaine des névroses que celui des maladies mentales proprement dites et cependant c'est souvent la base surlaquelle se développe plustard, une véritable Folie avec conscience, tandis que, dans d'autres cas, ils peuvent rester stationnaires, à ce degré rudimentaire sans acquérir aucun développement extérieur.

Le Dr Morel qui a publié, dans les archives de médecine, un travail sur le délire émotif, a insisté avec raison sur ces phénomènes nerveux élémentaires qui ne sont pas encore de la folie et qu'il a rattachés, non pas à des lésions du cerveau mais à des altérations du système nerveux ganglionnaire. Il a ainsi admis que cette disposition instinctive aux émotions, à la frayeur, dues à certaines natures individuelles, ne constituait en réalité qu'un état nerveux, une névrose ganglionnaire et non une maladie mentale véritable. –

C'est surtout au point de vue de la peur ou de la frayeur que ces phénomènes existent chez certains individus. Aussi Morel a-t-il donné à ces états nerveux, intermédiaires entre la névrose et la maladie mentale, le nom de délire émotif. Ces personnes ont des frayeurs très-variées et très-intéressantes à étudier qui représentent le premier degré de la Folie avec conscience. Par exemple, quelques uns de ces malades ont la peur de s'endormir. Ils ont une telle crainte du sommeil qu'ils luttent avec acharnement contre lui — comme si le sommeil était le précurseur de la mort; il leur semble que s'ils s'endormaient un seul instant, ils seraient morts!

La peur du sommeil est donc un de ces phénomènes nerveux émotifs. J'en ai cité plusieurs autres tout à l'heure: la peur de passer sur un pont, auprès d'une rivière, la peur de voir une fenêtre ouverte, la crainte de se couper la gorge en se rasant, la peur de voir sous ses yeux un couteau ou une épée nue, dans la

crainte d'être poussé malgré soi, à s'en servir; etc etc.

Il existe un grand nombre de craintes de ce genre, qui tantôt se produisent isolément, tantôt au contraire sont solidaires et coexistent chez les mêmes individus.

On a décrit plusieurs de ces craintes séparément, comme constituant chacune de véritables monomanies spéciales; par exemple la crainte de traverser une place publique ou un grand espace quelconque (agoraphobie de Westphal, peur des espaces de Legrand du Saule), la claustrophobie, ou crainte de se sentir enfermé ou bien au contraire le besoin impérieux de se sentir enfermé, c'est à dire protégé contre des menaces extérieures, (Ball). –

On a ainsi multiplié outre mesure depuis quelques années, le nombre des monomanies basées sur une seule crainte, une seule frayeur, en dehors de laquelle il n'existerait aucun autre signe de Folie. On a ainsi abusé des divisions et subdivisions à l'infini et

donné un nom spécial à chacun des symptômes nouveaux que l'on observait, au lieu de considérer tous ces symptômes comme solidaires, se rattachant l'un à l'autre et se reliant à un même état général de délire émotif ou de crainte instinctive.

C'est ainsi qu'on a décrit séparément comme espèce ou variété distincte, l'agoraphobie de Westphal ou la peur des places publiques.

Les malades qui sont atteints de cette névrose spéciale, ont une telle peur de traverser une grande place qu'ils font de grands détours pour l'éviter et pour passer par un autre chemin; ils s'appuient contre les murailles ou ne peuvent traverser la place qu'appuyés sur le bras d'une autre personne qui les soutient. Dans une rue ils s'arrêtent tout court, quand la rue est très-longue, et ne peuvent plus ni avancer ni reculer. Cela a lieu surtout quand cette rue a des arcades, comme la rue de Rivoli, ou bien surtout pour une grande place, comme la place de la Concorde; ils ont absolument

besoin d'être soutenus par le bras d'une personne par eux connue ou par un parapluie qui leur sert de soutien et leur permet alors, avec de grands — efforts de volonté, d'arriver à triompher de cette frayeur instinctive qui les domine et qui est poussée à un degré excessif. —

Plusieurs auteurs ont rapporté de nombreux exemples de ce genre de névrose qui est maintenant bien connue, cliniquement et qui prouvent que ces faits sont plus fréquents qu'on ne le croyait autrefois. M.r Legrand du Saulle, après Westphal, a publié un mémoire sur l'Agoraphobie à laquelle il a donné le nom plus générique et plus étendu de peur des espaces. En effet, cette frayeur peut s'appliquer non seulement aux places publiques mais à tous les grands espaces, tels qu'une grande Eglise, une grande plaine ou à un espace vide quelconque. Ce sont là des faits très intéressants, étudiés seulement depuis quelques années et qui méritent de l'être encore

davantage.

Le professeur Ball a publié également dans les annales médico psychologiques un petit mémoire sur la claustrophobie ou crainte des espaces fermés, ce qui est précisément l'inverse de la crainte des espaces ouverts. Les malades atteints de cette névrose spéciale ont surtout la crainte de rester enfermés dans une chambre, dans un espace restreint et de ne pouvoir plus en sortir et ils s'ingénient ainsi à trouver des moyens de laisser les portes ouvertes ou de s'assurer qu'on ne les a pas fermées à leur insu, et entrent dans de véritables crises nerveuses quand ils se sentent enfermés, et s'imaginent ne plus pouvoir sortir de l'espace où ils se sentent retenus malgré eux. D'autres, au contraire, ont la peur des portes ouvertes et ne se sentent tranquilles que lorsqu'ils se sont assurés vingt fois de suite que les portes ou les fenêtres de leur appartement sont bien hermétiquement fermées et que personne ne peut entrer chez eux à leur insu. —

En résumé, il existe ainsi un grand nombre de craintes instinctives qui peuvent exister chez quelques

individus, soit isolément, soit plus souvent réunies, et qui constituent un grand nombre de variétés secondaires — dans cette catégorie générale d'états nerveux désignés sous le nom de délire émotif ou de craintes instinctives avec conscience. C'est là le 1er degré de cet état nerveux spécial, qui doit être regardé comme pathologique mais ne peut pas être considéré encore comme un état de Folie. Mais il est des cas beaucoup plus caractérisés et qui constituent alors ce qu'on peut appeler la Folie avec conscience de son état. —

Cette espèce de Folie peut porter sur quatre ordres de phénomènes distincts : sur les sensations, sur les idées, sur les émotions et sur les impulsions. Il y a dans la science des exemples à l'appui de ces quatre ordres de faits rapportés sous des noms différents ; il n'y a qu'à leur donner l'étiquette ou la dénomination de Folie avec conscience.

La mieux étudiée de toutes est celle relative aux sensations, autrement dit aux Hallucinations. On a

appelé ces hallucinations avec conscience des hallu-
-cinations physiologiques. Cette catégorie spéciale s'app-
-lique surtout aux hallucinations de la vue. Les
malades voient passer devant leurs yeux des fantas ma-
-gories, des tableaux mouvants, des images qui flottent,
qui circulent devant leurs yeux mais ils ont parfaitement
conscience que ces visions sont un phénomène pathologique,
une illusion de leurs sens et non une réalité extérieure
ayant une existence indépendante de leur moi. Ils
savent que c'est un phénomène purement subjectif
et ne croient pas à l'existence réelle de l'objet représenté
à leurs yeux. C'est là ce qu'on a appelé des —
hallucinations physiologiques compatibles avec la raison,
et cette catégorie de faits a été bien étudiée dans tous
les ouvrages publiés sur les hallucinations. -

La seconde catégorie de faits relatifs à la
folie avec conscience portent sur les idées qui s'imposent
à l'esprit malgré lui, mais dont il apprécie le caractère
faux et impersonnel et auxquelles il ne croit pas, qui

s'imposent à son attention, mais non à sa conviction. Cette catégorie de faits n'a été étudiée que tout récemment et surtout en Allemagne, par Westphal, sous le nom de Zwangsvorstellungen, c'est-à-dire d'idées qui s'imposent et qui représentent ce que l'on appelle plus volontiers, en France, l'obsession. -

Ce phénomène existe souvent, à l'état physiologique, chez certaines personnes et dans des conditions particulières de surexcitation passagère du système nerveux. Chacun de nous, en effet a éprouvé des moments de nervosité pendant lesquels certaines idées s'imposent à nous, malgré nous, d'une manière tellement irrésistible que nous ne pouvons parvenir à les chasser.

Les idées ou les mots s'imposent à notre intelligence, d'une manière automatique, mécanique, en quelque sorte, et il nous est impossible de nous en débarrasser. Nous ne pouvons substituer volontairement d'autres idées à celle qui s'impose à nous,

malgré nous, et qui captive notre intelligence d'une manière exclusive pendant un temps plus ou moins long. Nous sommes obligés de la ressasser incessamment dans notre esprit ou de répéter mentalement le même mot, ou le même membre de phrase, sans pouvoir en prononcer d'autre à sa place. Chacun de nous a éprouvé ce phénomène cérébral auquel on a donné le nom — d'obsession. Cela arrive souvent par exemple pour un mot, pour un nom propre, pour une phrase, pour un vers ou pour un couplet qui s'impose à nous, malgré nous, pendant la veille, comme cela a lieu souvent dans le rêve pendant le sommeil. Eh bien, c'est là le phénomène élémentaire qui dans certaines Folies avec Conscience acquiert une plus grande intensité et devient alors absolument pathologique. Certaines idées absurdes, ridicules, que l'on juge cependant parfaitement fausses, s'imposent à l'esprit d'une manière automatique et les malades ne peuvent pas parvenir à les combattre ou à les chasser. Ils ont la conscience que c'est là un fait

pathologique anormal, que ce n'est pas une idée venue naturellement, que cette idée n'est pas juste, qu'elle est fausse, qu'on doit la repousser mais on ne peut pas y parvenir. C'est là la lutte entre le moi qui juge sainement une idée et qui ne peut pas parvenir à s'en débarrasser. L'automatisme de l'idée est plus puissante que la volonté. Les théologiens ont très-bien caractérisé cette disposition naturelle de l'intelligence humaine en disant que l'homme ne doit pas être rendu responsable des idées qui naissent spontanément dans son esprit et qui s'imposent à lui malgré lui; qu'il n'est pas coupable d'avoir certaines idées qui se représentent souvent à son esprit, par exemple des idées obscènes ou des idées érotiques, mais que la culpabilité ne commence que quand on entretient, quand on favorise ces idées et qu'on les retient volontairement dans son esprit au lieu d'employer tous les moyens qui sont à notre disposition pour les chasser.

Tous les théologiens ont admis que la production

Des idées dans la tête humaine était spontanée, involontaire et automatique. Seulement dans l'état normal, nous avons généralement la puissance de chasser ces idées, d'en détourner notre attention de la porter sur d'autres idées, plus justes et plus saines et de mettre à l'écart les idées qui voudraient s'imposer à nous. Dans l'état pathologique, au contraire (et c'est là le 1er degré de l'état mental), l'idée s'impose à nous, malgré nous, d'une manière automatique et nous ne pouvons pas parvenir à la faire disparaître. Cela devient une lutte intérieure des plus pénibles et c'est l'état mental particulier, auquel le professeur Westphal de Berlin a donné le nom scientifique de Zwangsvorstellungen. C'est un état mental des plus intéressants à étudier et qui constitue un des premiers degrés de la Folie avec conscience. -

Mais c'est dans l'ordre des émotions et des impulsions que se manifeste surtout cette variété de maladie mentale. Ce trouble du sens émotif ou

des émotions est extrêmement fréquent et il rentre alors dans la catégorie des faits élémentaires que je vous signalais tout à l'heure comme simples anomalies de l'état physiologique, chez quelques individus prédisposés.

Il est des malades qui sont incessamment tourmentés par des émotions pénibles, par des frayeurs d'une certaine nature qui s'imposent à leur sensibilité, malgré eux, dont ils souffrent très péniblement, mais dont il leur est impossible de se débarrasser. Ils ont peur et ne savent pas pourquoi. Ils ont la peur du mal et le mal de la peur; ils éprouvent en un mot le phénomène général de l'anxiété mélancolique mais applicable seulement à certaines craintes, à certaines frayeurs et non à d'autres. Par exemple, ils ont peur d'être portés à se faire du mal, à se jeter par la fenêtre, à se jeter dans la rivière et la crainte qu'ils ont incessamment d'être poussés à accomplir ces différents actes les porte précisément à les accomplir. Or c'est là que commence réellement l'état de folie ou l'état de maladie mentale.

Cette situation d'esprit, si fréquente, est très. intéressante à observer et à décrire. Il existe en effet, une loi du monde moral correspondante à une loi du monde physique. De même que dans le monde physique l'attraction appelle la répulsion d'une manière fatale, de même, dans le monde moral, on observe un phénomène absolument identique. Vous êtes d'autant plus attiré par une idée que l'on est plus disposé à la repousser; l'action amène la réaction; il y a attraction et répulsion successive pour la même idée, pour la même émotion, pour la même impulsion. La crainte excessive que l'on a du précipice nous porte machinalement à nous précipiter; il y a l'attraction du vide. C'est au moral, le même phénomène que le vertige que l'on éprouve lorsqu'on est placé sur une haute montagne ou sur une tour élevée, ou bien lorsqu'on regarde par une fenêtre ou par dessus un balcon. On a tellement peur de tomber par la fenêtre ou de se précipiter dans le vide qu'on se sent comme attiré par le précipice. On a une crainte exagérée de

se détruire et on se sent porté à accomplir le suicide que l'on redoute au plus haut degré. Ces deux phénomènes psychiques qui semblent se contredire à première vue, s'attirent au contraire l'un l'autre et existent fréquemment ensemble dans l'intelligence humaine, surtout chez certains aliénés avec conscience de leur état.

Ces émotions pénibles sont la base la plus habituelle de la Folie avec conscience et l'on voit souvent arriver dans nos asiles des malades atteints de cet état particulier que je vous ai déja décrit sous le nom de mélancolie avec conscience. Ces malades sont au moral, ce que les hypocondriaques sont au physique. Tandis que les hypocondriaques redoutent une maladie grave et incurable d'un organe quelconque de l'économie, les mélancoliques avec conscience, redoutent une maladie mentale et craignent de devenir aliénés. Ils s'étudient eux-mêmes et analysent toutes leurs sensations, comme les

hypochondriaques et ils constatent avec désespoir que tout leur état moral est changé; qu'ils n'ont plus d'intelligence, que leur mouvement intellectuel est ralenti, que leur volonté est impuissante, qu'ils ne peuvent se décider à rien, qu'ils sont hésitants en toutes choses; que leurs sentiments sont éteints; qu'ils n'aiment plus leurs parents, leurs amis; qu'ils ont même des sentiments de haine pour ceux qu'ils avaient aimés autrefois; que leur coeur est éteint, est demeuré sec; en un mot, ils s'accusent eux-mêmes au point de vue de leur intelligence, de leurs sentiments et de leur volonté, et ils ont raison de s'accuser car ces phénomènes existent réellement. Ils ont une parfaite conscience de leur état; ils sentent qu'ils sont malades et ils exagèrent même leur mal à un certain degré, comme les hypochondriaques. Ils se croient perdus, condamnés à la folie et pour toujours; ils croient qu'ils ne guériront jamais.

Ils ont perdu leurs sentiments, leur volonté,

leur énergie, leur force morale et ils se disent capables de tous les crimes ; ils se croient poussés au crime et ils s'attribuent ainsi des instincts qu'ils n'ont pas réellement. Ils se croient poussés à faire le mal et se défendent eux-mêmes contre ces mauvais instincts, qui ne leur inspirent que de la répulsion et de la crainte, en demandant qu'on les protège contre eux-mêmes, qu'on leur mette la camisole, ou en venant d'eux-mêmes se faire enfermer dans les asiles d'aliénés. Ce sont des malades atteints d'hypochondrie morale ou de mélancolie avec conscience de leur état. C'est là une catégorie spéciale de mélancoliques sur laquelle j'ai déjà attiré votre attention et qui mérite de devenir l'objet d'une description spéciale.

Ces malades sont presque tous, sinon tous des héréditaires et, de plus, ce sont des intermittents et des périodiques. Ils participent donc des caractères généraux que j'ai assignés, dans la dernière séance, aux Folies héréditaires.

De plus, ils n'ont jamais d'hallucinations, ce qui est un nouveau caractère à ajouter aux précédents. Ils rentrent donc dans la catégorie générale des héréditaires que je vous ai décrits dans la dernière séance et constituent une variété spéciale à laquelle j'ai donné le nom d'hypochondrie morale, parceque ces malades sont au moral ce que les hypochondriaques sont au physique. C'est la variété émotive ou mélancolique de la Folie avec Conscience.

Restent maintenant les variétés impulsives.

Il y a des malades qui non seulement ont la crainte d'être poussés à faire le mal comme je vous le disais tout à l'heure, mais qui éprouvent réellement ces impulsions pathologiques à l'homicide, au suicide ou aux actes de violence. Ces malades impulsifs sont très dangereux au point de vue des actes qu'ils peuvent accomplir réellement et très utiles à bien étudier et à bien connaître au point de vue de la médecine légale. Ils ont été étudiés, jusqu'à

présent, par les médecins légistes, sous le nom de monomanies. On a ainsi créé autant de monomanies que de catégories d'actes à accomplir : On a admis des Kleptomanes, des monomanes homicides, des monomanes suicides, des pyromanes ; en un mot autant de monomanies qu'il existe d'actes particuliers pouvant se produire dans ces folies impulsives avec Conscience. Mais ce qui les caractérise tous c'est précisement ce caractère principal de la conservation de la conscience de son état. Ces malades ont une parfaite conscience de leur état de trouble mental ; ils savent qu'ils éprouvent des impulsions involontaires qui ne sont pas naturelles, des impulsions qu'ils réprouvent, qu'ils déplorent, dont ils s'accusent, qui leur font horreur et malgré cela, ils se sentent entraînés irrésistiblement à commettre l'acte qu'ils redoutent le plus. C'est en cela que consiste le caractère pathologique et pathognomonique de ces folies avec conscience.

Ce sont des impulsions morbides involontaires, qui s'imposent à la volonté, comme les idées dont nous parlions tout à l'heure s'imposent à l'intelligence, et contre lesquelles ils sont incapables de lutter. Le malade fait tout ce qu'il peut pour résister et cette lutte intérieure est des plus pénibles. Il résiste même par des moyens extérieurs ; il demande lui-même qu'on lui mette la camisole, qu'on le maintienne, qu'on le préserve contre ses propres écarts. Les individus viennent même se placer quelquefois eux-mêmes dans les maisons de santé ou dans les asiles pour se préserver contre leurs propres entraînements et pour éviter d'accomplir les actes vers lesquels ils se sentent poussés irrésistiblement ; quelquefois même ils arrivent jusqu'à accomplir réellement les actes qu'ils redoutent au plus haut degré. Ce sont là les monomanes que l'on a décrits sous les noms de monomanies instinctives, au meurtre, au suicide, à l'incendie, etc, etc ; - Et qui sont en réalité des mélancoliques avec conscience de leur état, des aliénés impulsifs avec conscience. Ils

rentrent donc essentiellement dans la catégorie des malades dont je m'occupe aujourd'hui.

C'est surtout au point de vue du suicide que cette variété est intéressante à étudier.

Le suicide chez les aliénés, se produit dans des formes très diverses de maladies mentales. Mais chez les persécutés ou les mélancoliques anxieux, par exemple, le suicide est motivé par les idées délirantes. Les malades se tuent, ou cherchent à se tuer parce qu'ils ont des idées de ruine, de perdition ou de persécution; ils se tuent pour échapper à une condamnation ou aux malheurs dont ils sont menacés. En un mot beaucoup d'aliénés se tuent en vertu d'un motif déterminé d'idées délirantes ou d'hallucinations impératives. Mais, à côté de ces aliénés qui se suicident en vertu d'un motif, il en est d'autres chez lesquels l'impulsion au suicide est au contraire, involontaire et non motivée, et qui ont conscience de leur état sans pouvoir résister à l'impulsion qui les

domine. Eh bien ces malades rentrent dans la catégorie qui nous occupe en ce moment. Les suicides impulsifs sont les plus dangereux de tous. Ces malades ont parfaitement conscience qu'ils sont portés au suicide mais ils ne peuvent pas résister à cette tendance qui, le plus souvent, est héréditaire dans la famille et le plus souvent héréditaire sous la même forme; attendu que la plupart des membres d'une famille se tuent et se tuent quelquefois au même âge et dans des conditions identiques, alors même qu'ils ne se sont pas connus, qu'ils n'ont pas vécu ensemble et qu'ils se trouvent dans des pays éloignés les uns des autres. La maladie héréditaire leur impose le suicide et le suicide sous une forme déterminée et presque à la même époque de la vie. Ce suicide impulsif et héréditaire est le plus dangereux de tous et celui qui exige le plus de surveillance. La plupart de ces malades arrivent même tôt ou tard, à accomplir cet acte qui leur est imposé par la maladie.

Cette variété de suicide impulsif avec conscience

méritait d'être décrite séparément et d'attirer spéciale-
-ment l'attention des observateurs.

Beaucoup d'observations particulières de ce genre
de suicide ont été publiées et pourraient servir de
base à cette description. Pour aujourd'hui, je ne puis
qu'indiquer sommairement et rapidement ces diverses
variétés de la Folie avec conscience. Mais voyez
combien elles sont intéressantes et comme elles se
rapprochent toutes les unes des autres par ce caractère
commun de la conservation de la conscience de son
état, qui les distingue profondément de toutes les
autres formes des maladies mentales. L'absence
de la Conscience de son état n'est donc pas un caractère
pathognomonique de la Folie, comme on le croyait
autrefois. Ce qui caractérise essentiellement les
maladies mentales, c'est la naissance spontanée, involon-
-taire et automatique des idées, des impulsions,
des émotions, des sentiments et des penchants maladifs.
C'est là le caractère essentiel fondamental de la Folie

et qui en font un état essentiellement pathologique. Les idées s'imposent malgré la volonté; il surgit dans l'esprit automatiquement des émotions que l'on ne peut pas faire cesser, ni faire disparaître, des impulsions involontaires que l'on déplore, que l'on réprouve mais que l'on ne peut pas repousser et qui nous portent malgré nous, à des actes auxquels on ne peut résister tout en les déplorant et en les condamnant. — Les malades apprécient sainement leur état de maladie, mais ils ne peuvent pas le dominer et ne peuvent pas en triompher. Parmi les variétés de la Folie avec conscience, il en est une qui est mieux connue aujourd'hui que les autres, et qui mérite d'être décrite séparément comme variété spéciale. C'est celle surlaquelle je vais insister maintenant dans la seconde partie de cette leçon. Cette variété spéciale est difficile à dénommer d'une manière définitive, car les divers noms qui lui ont été donnés jusqu'à présent n'en donnent pas une idée suffisamment exacte ni complète. De tous les noms

qu'on lui a donné aucun n'est rigoureusement exact et susceptible d'être accepté par tous sans contestes. - Mon père l'a appelée la Folie du doute parceque le doute et l'hésitation sont certainement le fait psychologique fondamental qui sert de base à toutes les variétés de cet état mental spécial. Ces malades qui ont conscience de leur état, ont comme base de leur état psychologique, l'hésitation continuelle dans la pensée et dans les actes ; ils doutent de tout et hésitent constamment en toutes choses: Ils ne peuvent arriver à se faire une conviction complète sur aucun fait, même sur les faits les plus élémentaires et les plus évidents. Cette hésitation qui existe d'abord dans la pensée, se propage ensuite dans les actes et dans la conduite. Le doute est donc le premier phénomène initial de cette maladie. Il existe même dans l'enfance et dans la jeunesse. On voit dans les pensions, dans les lycées, dans les couvents, des enfants qui ont des scrupules exagérés et qui dès leur bas âge, ont commencé

à douter de tout, à douter de leur propre raison, de toutes les idées les plus évidentes que tout le monde accepte sans contester. Ces scrupules portent souvent sur des idées religieuses. Dans les couvents ou dans les pensionnats, des jeunes gens ou des jeunes filles sont remarqués comme éprouvant des scrupules exagérés, comme se confessant souvent et les confesseurs connaissent souvent mieux que les médecins cet état mental spécial que l'on observe souvent à l'âge de la puberté. Ces enfants s'accusent de tout, sont scrupuleux à l'excès; ils ne peuvent arriver à se satisfaire, se défient d'eux-mêmes et s'accusent toujours. Ils se croient toujours coupables, et se croient coupables surtout pour des futilités, pour des vétilles; ils s'accusent sans cesse, sans pouvoir jamais arriver à se convaincre de leur non culpabilité. Le scrupule exagéré est donc le premier degré de cet état mental, et c'est ordinairement à l'époque de la puberté, ou peu de temps après la puberté, que cet état mental se caractérise de plus en plus. —

Quelquefois, c'est à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une maladie aigüe, d'une variole, d'une rougeole, d'une maladie aigüe ou fébrile que survient ordinairement cette variété spéciale de Folie avec Conscience dont je vous parle en ce moment.

Ces malades commencent par être dans un état de vague, d'incertitude et de doute, d'hésitation qui porte sur toutes les idées et sur tous les actes de la vie habituelle. Ils hésitent pour écrire, pour mettre une lettre à la poste, pour tous les actes les plus simples de la vie de chaque jour. Tout devient pour eux une difficulté; ils ne peuvent se décider à rien; ils ont, en un mot, l'indécision personnifiée. Ce doute existe dans le domaine de toutes les facultés dans l'intelligence dans la sensibilité, dans la volonté et par conséquent dans les actes qui en sont la conséquence.

C'est là l'état général qui sert de base à cette maladie et le premier phénomène qui signale son début, pour persister ensuite pendant toute sa durée.

Mais, chose remarquable, sur ce fond maladif primitif, naît ordinairement tout à coup, à un certain moment que l'on peut préciser, à un certain jour que l'on peut déterminer et que l'on retrouve dans les antécédents des malades quand on les interroge plustard sur le mode d'invasion de leur maladie, il survient, dis-je, à un certain jour, un fait, un accident, un événement quelconque qui devient l'occasion, le point de départ de l'idée dominante qui caractérisera dorénavant la maladie et qui persistera souvent pendant toute la vie. Ce sont des craintes spéciales de la même nature que celles que je vous ai indiquées tout à l'heure qui deviennent le fait dominant et saillant de cette maladie dont le doute et l'hésitation constituent le fond. Par exemple, le malade a vu un certain jour un chien qui a mordu un individu. A partir de ce jour l'idée d'un chien enragé entre dans l'esprit du malade prédisposé ou déjà atteint de la maladie du doute et dès lors la crainte des chiens

enragés va devenir l'idée dominante de toute sa vie. Chez d'autres, ce sont des épingles, des aiguilles, des morceaux de verre pilé, des petits papiers, des objets insignifiants ou peu importants qui ont frappé leurs regards et qui ont produit sur leur intelligence un effet si puissant que l'idée une fois entrée dans leur esprit y prend domicile et ne le quitte plus pendant toute la vie.

Il est remarquable, en effet, que la plus part de ces malades qui ont commencé par le scrupule, l'hésitation et le doute, s'étendant aux choses les plus diverses, arrivent ordinairement tout à coup à une idée délirante déterminée qui domine alors leur esprit d'une façon presque exclusive. Ces malades présentent dans l'ensemble de leur intelligence des troubles variés de diverses facultés qui démontrent bien qu'ils ne sont pas atteints de monomanie vraie dans le sens rigoureux du mot, malgré la prédominance d'une idée toujours la même, est très prononcée et très remarquable et attire souvent seule l'attention des observateurs.

Et, chose remarquable, le nombre de ces idées délirantes qui existent chez les différents malades, n'est pas très considérable et l'on constate, avec étonnement sous ce rapport, la grande monotonie des idées délirantes, souvent les mêmes que l'on observe chez les différents malades observés dans tous les pays, dans tous les temps et dans toutes les catégories sociales. Il y a à peine une trentaine d'idées délirantes, toujours les mêmes, que l'on rencontre chez les malades, appartenant à cette variété spéciale de Folie avec conscience, et ces idées peuvent être désignées à l'avance et on retrouve les unes ou les autres chez les divers malades que l'on est appelé à observer. Ces idées sont celles que j'ai déjà indiquées tout à l'heure sommairement; la crainte des chiens enragés, la crainte du verre, des aiguilles, des épingles, des hosties, des objets métalliques, comme les pièces de monnaie, la crainte des objets malpropres ou pouvant communiquer une contagion quelconque. En général, les objets métalliques surtout inspirent à ces malades une grande répulsion. En un mot, ce qu'il y a

de remarquable c'est que les mêmes craintes, très-peu nombreuses que je viens d'énumérer, se rencontrent chez presque tous les malades de ce genre que l'on est appelé à observer.

Cette maladie qui semble très bizarre au premier abord, qui peut paraître très-rare, est, au contraire très-fréquente. Seulement on l'observe rarement dans les asiles d'aliénés. On ne l'observe que dans les familles, dans la pratique civile, dans la clientèle privée. Elle est surtout souvent observée par les médecins qui s'occupent des maladies nerveuses et qui ont une clientèle mixte de cas nerveux tenant le milieu entre les maladies nerveuses et les maladies mentales proprement dites. Ces médecins voient un très-grand nombre de malades de ce genre. Cette maladie est donc beaucoup plus fréquente que l'on ne croit et mérite par conséquent d'être étudiée et décrite avec soin. Elle existe dans toutes les classes de la société mais surtout dans les classes supérieures. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme, mais elle existe également assez souvent

chez l'homme. C'est une Folie héréditaire, liée à — l'hérédité des névroses et des maladies mentales et elle a des caractères particuliers tellement distincts, tellement spéciaux et pathognomoniques qu'une fois bien décrite on retrouve, dans la pratique, des malades absolument semblables à la description théorique qui en a été faite. C'est cette description que je vais chercher à vous esquisser rapide-ment.

Le caractère fondamental de cette maladie, c'est le doute et l'hésitation en toutes choses, portant à la fois sur les idées et sur les actes ; mais un autre caractère qui vient plus tard s'ajouter au précédent, c'est la crainte du contact des objets extérieurs, la crainte de toucher les objets. C'est là un fait très singulier et très bizarre, mais que l'observation démontre comme très-fréquent. Ces malades ont donc à la fois le doute et la crainte du toucher. Ce sont là les deux faits fondamentaux et les plus saillants de cette maladie.

Elle présente plusieurs degrés très-importants à —

décrire et à distinguer au point de vue clinique.

Dans le premier degré de la maladie ces malades peuvent encore vivre de la vie commune, de la vie sociale et le trouble mental est tout à fait intérieur. Le malade seul est témoin des modifications qui se sont produites dans son intelligence, et s'il ne faisait pas de confidences, personne ne pourrait s'apercevoir, à cette période de son état mental. A cette époque cet état est encore compatible avec les apparences de la raison et avec la vie commune, mais plus tard, les malades ne peuvent plus se contenir et les actes viennent s'ajouter aux idées. Leur manière de vivre, leur maintien, tous leurs actes en un mot, depuis le commencement de la journée jusqu'à la fin sont tellement saillants, tellement flagrants, que l'état de maladie mentale n'est plus contestable pour personne. Le degré de la maladie a donc une grande importance au point de vue du diagnostic de la folie et au point de vue des conséquences à en tirer, pour la séquestration par la médecine légale.

Ce ne sont donc pas seulement des différences de degré, mais des différences essentielles au point de vue des applications.

Il faut avoir observé un certain nombre de ces malades pour se rendre compte de l'étrangeté et de la bizarrerie de leur manière d'être et de leurs actes. Ces malades sont tourmentés intérieurement par un besoin de répétition incessante. Ils ont le besoin de se répéter à eux-mêmes, mentalement, les mêmes mots, les mêmes idées et de revenir incessamment sur les mêmes questions, sur les mêmes doutes, sur les mêmes perplexités. L'objet de cette perplexité varie selon l'idée dominante, mais l'état général est le même chez tous. Les doutes et les questions portent sur les chiens enragés, sur les épingles ou les aiguilles, sur le verre, sur les petits papiers, sur mille objets variés, mais l'état mental est toujours le même. C'est une maladie surtout caractérisée par le besoin de répétition mentale, le besoin de répéter continuellement à soi-même et aux autres les mêmes idées, les mêmes

questions, les mêmes interrogations, les mêmes doutes, les mêmes hésitations, sans jamais pouvoir arriver à se satisfaire et à se convaincre. Or ce travail intérieur de répétition mentale est un travail des plus pénibles. C'est une lutte intérieure incessante entre la partie restée saine de l'individu et la partie maladive. Cette lutte est tellement pénible et tellement fatiguante que les malades sont obligés d'avoir recours à des moyens accessoires, à des procédés ingénieux et variés pour parvenir à s'arrêter de temps en temps, pour parvenir à se dominer eux-mêmes et à suspendre momentanément, ce travail incessant de leur pensée. Or, ces moyens sont de deux ordres : Ils s'imposent certaines pénitences, certains vœux, ou certains actes pour mettre une fin à ce travail intérieur, à ce dialogue intérieur incessant et si fatiguant. Les uns font, par exemple, le vœu de répéter le même mot ou la même phrase, trente fois, quarante fois, cinquante fois, en se déclarant que lorsqu'ils seront arrivés au nombre déterminé, ils cesseront de se parler à eux-mêmes et de se répéter la même phrase ou le même mot.

D'autres emploient d'autres moyens variés pour arriver à faire cesser leur travail délirant intérieur ou du moins pour le suspendre momentanément. Ces moyens sont souvent très-ingénieux mais n'aboutissent pas toujours à un résultat, tant l'idée s'impose avec ténacité et avec persistance, et tant la lutte intérieure est vive et pénible!

Mais la plupart de ces malades ne se bornent pas à s'imposer à eux-mêmes des obligations et des moyens de restriction, ils cherchent un appui au dehors, et ils trouvent dans les personnes qui les entourent, dans leurs parents, dans leurs amis, dans leurs serviteurs de véritables souffre douleurs.

C'est là un second caractère très important, de cette maladie, après la répétition mentale. Ils ont besoin d'ajouter l'affirmation étrangère à leur propre affirmation qui ne peut ni leur suffire ni les satisfaire, ni produire chez eux la conviction. Ils sont constamment dans le doute et dans l'hésitation; ils ne peuvent arriver à se convaincre eux-mêmes, tout en se répétant constamment

les mêmes preuves et les mêmes démonstrations. Ils cherchent alors un nouvel élément de conviction dans une affirmation étrangère; ils obligent ainsi les personnes qui les entourent à répéter incessamment les mêmes choses, les mêmes phrases et les mêmes mots, un certain nombre de fois et à leur répéter incessamment les mêmes assurances consolatrices. Il faut leur répéter par exemple un grand nombre de fois: Non vous n'avez pas commis telle mauvaise action; non il n'y avait pas de chien enragé; Non, vos vêtements n'ont pas touché le chien enragé etc, etc. On est ainsi obligé de répéter un grand nombre de fois les mêmes mots et les mêmes assurances pour tâcher d'arriver à les satisfaire et à les convaincre. Ils ont besoin d'ajouter l'affirmation d'autrui à leur propre affirmation. La plupart de ces malades ont donc auprès d'eux un souffre douleur qui joue à leur égard le rôle de répétiteur passif et de consolateur obligé. C'est là un caractère presque constant de leur état mental.

Les actes de ces malades, quelle que soit la variété de leur idée délirante prédominante, sont toujours les mêmes

chez tous les malades et en quelque sorte stéréotypés.

Ils ont la crainte du contact des objets extérieurs et redoutent les dangers les plus grands par l'effet de ce simple contact entre les objets du dehors et leur propre personne ou leurs vêtements et ils font des tours de force continuels pour éviter le moindre contact ou le moindre frôlement. Ils ont la crainte de rencontrer sur leur passage des épingles, des aiguilles, des objets métalliques, des objets malpropres, des objets contagieux, des objets ayant été en contact avec des chiens ou des chats, etc, etc; et ils les évitent par tous les moyens en leur pouvoir. Cette crainte incessante du contact, de la malpropreté ou de la contagion nuisible domine et modifie toute leur existence depuis le matin jusqu'au soir. L'action de se lever, de s'habiller, de changer de vêtements, de passer d'un appartement dans un autre, d'ouvrir les portes ou les fenêtres, de se mettre à table, de toucher un couteau ou une fourchette, de manger, de s'assoir sur une chaise ou sur un fauteuil, tous les actes de la vie, en un mot, deviennent une difficulté presque insurmontable et

une cause d'hesitation, de discussion intérieure et de conversation interminable avec soi-même. Ces malades suivent ainsi peu à peu à s'isoler de plus en plus du monde extérieur, à se renfermer dans leur chambre, à ne plus se lever et à ne plus sortir de leur appartement pour n'avoir plus à s'habiller et à toucher leurs vêtements. -

Ce sont là les différents degrés de cet état mental tout particulier et qui présente toujours les mêmes caractères chez tous les malades que l'on est appelé à observer. Ils ont peur que leurs vêtements ne frôlent une muraille ou une personne qui passe, une chaise ou un meuble quelconque. Ils craignent en un mot le contact de tous les objets extérieurs avec leur personne ou avec une partie quelconque de leurs vêtements. Ils craignent de se mettre à table, de s'asseoir; ils hésitent longtemps avant de se décider à s'asseoir, à manger, à se servir d'une fourchette ou d'une assiette; ils ne veulent pas se servir d'un couteau ou d'un verre, parcequ'ils pourraient être malpropres ou avoir touché l'objet redouté. Tout devient obstacle insoluble,

difficulté insurmontable dans leur vie de chaque instant, de chaque jour, de chaque heure de la journée. Ce délire du toucher transforme toute l'existence de ces malades et leurs craintes deviennent tellement dominantes et absorbantes, qu'elles dominent chez eux toutes les autres idées et tous les autres sentiments et ne leur laissent plus un seul instant de répit. Ils arrivent ainsi à ne plus pouvoir vivre de la vie commune et à ne plus pouvoir se soumettre à aucune exigence sociale, à ne plus pouvoir remplir aucune profession, à ne plus pouvoir rien faire. Ils sont ainsi obligés de passer leur vie dans leur chambre, occupés à des lavages perpétuels, se servant constamment de nouvelles serviettes pour s'essuyer et effacer les traces des divers contacts qu'ils ont pu subir, ne voulant jamais changer de linge, ni de vêtements, parceque ceux qu'ils devraient mettre à la place auraient pu toucher l'objet contaminé; ils se lavent constamment les mains, consommant des quantités énormes d'eau, de savon et de serviettes; en un mot, ils sont constamment occupés à

se préserver contre les contacts extérieurs et à chercher à en effacer les effets nuisibles quand ils n'ont pas pu arriver à s'en préserver !

Il résulte également de cette maladie que ces malades ne veulent pas changer de linge, ni de vêtements, qu'ils ne veulent pas s'habiller, ni surtout prendre de nouveaux vêtements, et que souvent, pendant plusieurs années, ils conservent la même chemise, le même pantalon, la même robe, craignant que les nouveaux vêtements n'aient subi le contact de la chose qu'ils redoutent. C'est-à-dire des chiens enragés, des aiguilles, des épingles, des objets nuisibles qui pourraient leur communiquer une contagion ou une maladie quelconque.

Cette maladie est tellement bien caractérisée que lorsqu'on en a vu plusieurs exemples, c'est comme si on les avait tous vus, car ils se ressemblent tous. Chose étonnante ! Tous ces petits détails, que je viens de vous énumérer, qui paraissent absolument insignifiants et individuels et qui paraissent de véritables niaiseries, sont tellement

fréquents et tellement identiques chez tous les malades, qu'ils acquièrent par cela même une véritable importance et servent à caractériser essentiellement cette variété clinique bien réellement existante et parfaitement déterminée dans son ensemble et dans tous ses détails.

Lorsqu'on a observé quelques uns de ces malades, on les a tous observés, car ils se ressemblent tous. Il n'y a entr'eux que des différences de degré, mais ces degrés ont une grande importance au point de vue pratique. Au premier degré, par exemple, ces malades peuvent encore continuer à remplir les devoirs de leur profession et à vivre de la vie commune, de la vie de famille et de la vie de société. On trouve, par exemple, quelques uns de ces malades parmi les employés de diverses administrations. On trouve, en un mot, dans diverses situations sociales, quelques individus qui présentent ces dispositions maladives et qui cependant peuvent parvenir à les vaincre et à en triompher assez pour qu'elles ne soient pas apparentes à tous les yeux.

C'est là le 1er degré de la maladie, mais ordinairement

il augmente avec le temps, et arrive alors à un degré plus avancé, qui devient alors incompatible avec la vie commune. Alors ces mêmes malades qui ont pu vivre pendant longtemps en société, sont obligés de s'isoler, de s'enfermer chez eux et de vivre d'une vie tout à fait exceptionnelle. Il en est même que l'on est obligé d'enfermer dans les asiles d'aliénés; mais c'est là le plus petit nombre; et ceux qui sont arrivés au degré le plus extrême de cet état mental. Dans cet état de paroxysme, ces malades ne se bornent plus à répéter constamment les mêmes paroles et les mêmes actes; ils éprouvent le besoin de se livrer aux actes les plus désordonnés. Alors, ils ne sont plus possibles dans la famille et l'on est obligé de les enfermer, surtout parcequ'ils deviennent une cause de tourment incessant pour tout leur entourage et qu'ils rendent la vie absolument impossible à tous ceux qui les entourent. Mais ce sont là les cas les plus rares et dans les maisons de santé, comme dans les asiles, on ne voit que rarement des malades de ce genre.

Cette maladie a tous les caractères que je vous ai

indiqués pour les folies héréditaires en général. -
D'abord, on constate, presque toujours des preuves d'hérédité nerveuse ou mentale chez les ascendants. Elle présente ensuite une tendance évidente à la périodicité, ou plutôt à la remittence très-prononcée. Elle dure ordinairement pendant toute la vie, mais, avec de très-grandes différences de degré selon les périodes. Elle présente des paroxysmes très intenses et des rémissions très-prononcées. Les rémissions peuvent même être tellement fortes, que sous l'influence d'un traitement actif, d'un traitement moral ou de l'hydrothérapie, sous l'influence de la vie réglée et de divers moyens employés pour calmer le système nerveux, on voit survenir de très-grandes améliorations qui peuvent durer pendant plusieurs années. Les malades reprennent alors leur vie habituelle, présentent peu de symptômes apparents, mais les dispositions mentales antérieures persistent dans le for intérieur, comme on peut s'en assurer quand les malades consentent à faire des aveux ou des confidences. Cette maladie est donc essentiellement paroxystique et par conséquent grave puisqu'elle

se reproduit habituellement à plusieurs reprises, à un degré prononcé, et dure en réalité pendant toute la vie. Ces malades n'ont pas d'hallucinations, autre caractère propre à toutes les folies héréditaires. A moins qu'il n'existe un mélange de plusieurs formes mentales, comme cela existe quelquefois, ces malades n'ont pas d'hallucinations, même dans les paroxysmes les plus intenses. Mais quelquefois il y a mélange entre cette forme mentale et le délire de persécution. Autre caractère; ces malades n'aboutissent jamais à la démence. Ils peuvent vivre jusqu'à 70 ans et davantage et ne jamais arriver à l'affaiblissement intellectuel. Les mêmes phénomènes que l'on a observés chez eux à l'âge de la puberté, dans la jeunesse et dans l'âge mur, on les retrouve à un âge plus avancé. J'ai sous les yeux plusieurs exemples de ce genre, observés par mon père et [illegible] par moi-même pendant très longtemps, et qui conservent les mêmes caractères de délire, quoique arrivés à un âge très-avancé. -

Ainsi donc, cette variété de Folie avec conscience

présente tous les caractères généraux assignés par moi aux folies héréditaires dans la dernière séance. Cette maladie est héréditaire; elle est périodique, elle se produit sous forme d'accès et de rémissions très-prononcées; elle est caractérisée par des idées ou des impulsions involontaires mais avec conscience; elle s'accompagne de troubles nerveux, de tremblements, de phénomènes variés du côté du système nerveux; elle est périodique et n'aboutit pas à la démence; enfin, elle ne présente pas d'hallucinations. Elle a donc tous les caractères principaux des folies héréditaires. —

Le pronostic est grave puisque la maladie se reproduit et peut durer toute la vie; mais elle est susceptible de présenter de longues périodes d'amélioration; il y a donc lieu de lui appliquer les moyens de traitement indiqués tout à l'heure, non seulement de traitement physique mais de traitement moral qui consiste à lutter incessamment contre les dispositions maladives. Dans les cas extrêmes enfin, il faut recourir au placement dans

un établissement d'aliénés, où la règle, la vie régulière et la nécessité de se soumettre à certaines exigences de tous les jours peut produire d'heureux résultats. Dans d'autres cas encore, on ordonne des voyages, à pied ou en voiture et à la suite de ces longs voyages, on a vu cette maladie se modifier favorablement. Elle n'est donc pas aussi incurable que d'autres variétés dont je vous ai parlé précédemment.

Elle exigerait une description bien plus détaillée et plus étendue, mais j'ai voulu aujourd'hui vous indiquer simplement sous une forme rapide, ses principaux caractères. Ces caractères sont tellement pathognomoniques qu'on peut, en quelque sorte, reconnaître ces malades à 1re vue, en les appercevant pour la 1re fois. Il suffit de voir un malade qui hésite à ouvrir une porte, qui prend le pan de son habit ou de sa robe pour toucher le bouton d'une porte et l'ouvrir, pour déclarer avec certitude que ce malade appartient à la catégorie que je viens de vous décrire, et pour faire, d'après ce

simple fait, toute la description de la maladie. On étonne souvent les familles, en leur décrivant ainsi toute la maladie d'après un simple fait dont on vient d'être témoin. Quand on voit un malade hésiter dans les actes de la vie ordinaire, relever sa robe ou son vêtement dans la crainte de toucher les objets, s'éloigner d'une muraille pour en éviter le frôlement, ne pas pouvoir s'asseoir, faire en un mot, un des actes que je vous ai signalés, on peut par ce seul fait, deviner toute la maladie et la décrire dans son début, dans son évolution, dans ses diverses périodes et dans l'ensemble de ses caractères, sans craindre de se tromper. C'est donc là une variété clinique de Folie avec conscience très-spéciale, méritant d'être distinguée et décrite séparément au milieu du vaste groupe des Folies héréditaires. Mr Legrand du Saulle a fait sur ce sujet, une monographie très-intéressante, dans laquelle il a collectionné un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs, soit en France, soit à l'étranger, mais elle mériterait d'être complétée par de nouvelles observations.

Or ces observations sont très nombreuses. Chaque médecin, même très-occupé et très répandu n'en voit qu'un très-petit nombre; mais cette maladie se ressemble dans toutes les conditions sociales, dans tous les pays, dans tous les lieux; on peut l'observer à tous les degrés de l'échelle sociale, quoiqu'elle soit plus fréquente dans les classes élevées de la société.

C'est donc une maladie réellement distincte une variété, si l'on veut, de maladie mentale, mais une variété clinique bien déterminée et qui mérite d'être décrite séparement et détachée du groupe trop vaste et trop étendu des Folies héréditaires. C'est en cela que consistera l'avenir et le progrès de notre science spéciale. Il ne faut pas se contenter des catégories trop vastes que nous possédons aujourd'hui, les paralysies générales, les Folies héréditaires, et les diverses formes de maladies mentales que j'ai décrites séparement.

Il faut tâcher de descendre davantage dans le détail et de spécialiser de plus en plus l'observation.

Après avoir étudié les caractères communs à de grands groupes de malades, il faut rechercher les caractères différentiels ; il faut préciser de plus en plus la description des espèces et des variétés jusque dans leurs détails : On arrivera ainsi, dans la pathologie mentale à décrire des espèces tellement nettes et tellement bien déterminées qu'on les distinguera comme les espèces végétales ou animales.

C'est là le vrai progrès de la science.

Pour le moment, nous ne possédons encore que quelques unes de ces espèces ou de ces variétés. Beaucoup d'autres nous sont encore inconnues et doivent être recherchées et étudiées. Autant de se borner à des généralités philosophiques ou psychologiques, comme on l'a fait jusqu'ici, ou bien de se borner à décrire l'aliéné en général, comme un être abstrait pouvant présenter les formes les plus diverses,

il faut arriver à spécialiser de plus en plus. après avoir établi de grands genres, de grands groupes, il faut faire des espèces, et après avoir fait des espèces, il faut chercher des variétés, tellement bien déterminées, qu'on pourra ainsi arriver à une véritable précision dans le diagnostic et le pronostic de chacune d'elles. C'est là le progrès et c'est pourquoi des variétés qui paraissent trop spécialisées et trop peu importantes pour être décrites séparément, comme celle que je viens de vous exposer tout à l'heure, ont, au contraire une véritable importance comme indice des progrès futurs de la science! ——

Résumé

du Chapitre de Saury sur les Syndrômes Episodiques des Héréditaires.

Depuis l'acte le plus simplement pnéril jusqu'aux faits de la plus haute gravité, depuis l'idée la plus extravagante jusqu'à l'obsession la plus dangereuse, toutes les tendances peuvent germer dans l'esprit des dégénérés ! Les uns n'osent pas toucher la monnaie d'argent, d'or ou de cuivre, de peur de contracter des maladies inconnues, les autres n'ouvrent jamais une porte sans s'être enveloppé les mains avec les pans de leur habit[1]. La crainte prend chez eux les formes les plus variées. Tantôt, comme dans l'obser-vation V, c'est la répulsion pour certaines substances, considérées comme nuisibles, l'appréhension de la vue ou du contact des Epingles, du verre, du jais ou du mastic de vitrier.

---

(1) Morel, traité des maladies mentales p. 530, Paris 1860.

Morel parle d'un Suisse de la cathédrale de Rouen qui depuis 25 ans, par suite de répugnances absurdes, n'ose toucher sa hallebarde et a beaucoup de peine à s'y décider, avec la conviction qu'il ne pourra plus y réussir le lendemain. Dans l'observation IV le délire du toucher s'accompagne de la frayeur d'un animal, chien ou chat.

Il est des malades qui ont des scrupules chimériques, font leur meâ culpâ à propos de tout et de rien. Certains redoutent d'être accusés d'avoir volé, et se demandent s'ils n'ont pas effectué tel ou tel détournement. Chez d'autres l'exactitude dégénère en bagatelles insignifiantes, crée l'hésitation pour toutes choses et fait surgir l'inquiétude pour les actes les plus ordinaires de la vie. Ou bien ce sont des superstitions bizarres : Crainte des enterrements ou des robes noires : Un autre prête une signification favorable ou fâcheuse à l'un des jours de la semaine, au quantième du mois. Mansley parle d'un malade qui pense constamment à certains nombres et à certains mots et qui

remarque que ces nombres et ces mots apparaissent à lui avec une fréquence mystérieuse, dans toutes les occasions.

Morel cite l'exemple d'un magistrat qui avait le soin de ne pas appuyer son pied à angle droit sur les points de jonction des pavés et pour lequel toute disposition en forme de croix devenait un signe de mauvais augure.

Chez certaines personnes, envahies par une idée fixe, l'obsession prend une forme interrogative. Le pourquoi et le comment des choses semble s'appliquer aux sujets les plus inexplicables et cette recherche incessante détermine une grande tension intellectuelle. - Legrand du Saulle (1) cite le fait d'un négociant obligé constamment de discuter avec lui même sur les questions les plus insignifiantes, les plus futiles. Il en est de même d'un malade de Griesinger (2) qui se posait les questions métaphysiques les plus abstraites et les plus insolubles. -

I. Agoraphobie. - On a donné ce nom à l'état particulier

---

(1) Folie du doute, p. 17.

(2) Archives de Psychiatrie 1868.

des individus qui ont la terreur des espaces, qui tremblent à l'idée de traverser une place, une rue, un lieu largement ouvert. Le nom de Topophobie serait mieux choisi car, selon la remarque de Ritti (Folie avec conscience) on constate, dans les diverses observations, que les malades sont près de la même peur au théâtre, à l'église, à un étage un peu élevé, à une fenêtre donnant sur une cour, ou sur la campagne, dans un omnibus, dans une barque ou sur un pont. Ils ont en un mot l'horreur du vide, qu'il s'applique à la hauteur, à l'étendue ou à la profondeur. Chose remarquable, la plus part n'éprouvent ces phénomènes vertigineux que quand ils sont seuls : le secours d'un bras étranger, une distraction momentanée, variable selon les personnes, peut calmer le sentiment d'angoisse qui les étreint. Dans une observation de Westphal (1), un voyageur de commerce, voulant traverser une place de Berlin, a l'impression que cette place a une longueur de plusieurs milles et qu'il ne pourra jamais atteindre la fin. —

(1) Arch. de psych. T. III, 1872. —

L'anxiété le saisit alors, ainsi qu'un tremblement général. Ces symptômes diminuent s'il contourne la maison ou en suivant les maisons, s'il est accompagné ou s'il s'appuie seulement sur une canne.

Le même auteur parle d'un curé en proie à la plus grande inquiétude dès qu'il se trouvait dans un lieu sans route et sans plafond: à la campagne il marchait le long des taillis, recherchait l'abri des arbres; en plaine il ouvrait son parapluie sous lequel il était plus rassuré.

Legrand du Saulle[1] cite un jeune lieutenant d'infanterie qui était saisi de frayeur en traversant une place publique, en habits bourgeois, mais qui reprenait son assurance quand il arpentait la même place en uniforme et le sabre au côté. Il ressentait les mêmes troubles, en apperçevant le vide du haut d'une colline ou d'une fenêtre élevée. Aussi, après avoir souvent changé de logement, il habitait une boutique dont il laissait les volets fermés. En tout temps il allumait une bougie, couchait dans l'arrière boutique, sortait et

(1) Gazette des hôpitaux 23 octobre 1877. —

rentrait par la petite cour de la maison.

A côté de l'Agoraphobie et comme contraste on peut constater la peur des espaces fermés (Claustrophobie). Ces malades redoutent de se trouver confinés dans un endroit quelconque : chambre, omnibus, wagon de chemin de fer ; d'autres sont pris d'agitation et d'angoisse en passant sous un pont ou sous un tunnel.

Tous les auteurs signalent, dans ces cas, l'hérédité comme cause, mais sans y attacher assez d'importance. Nous ne saurions voir dans la topophobie qu'un syndrôme de dégénérescence. Du reste, elle n'existe pas toujours, à titre de symptôme isolé et nous pouvons citer une observation personnelle (Obs. II) dans laquelle l'agora-phobie au lieu d'être une particularité saillante et unique, relève d'une formule délirante complexe : Idées mystiques et hypochondriaques — troubles de la sensibilité générale — lucidité apparente — Impulsions diverses — Agoraphobie. —

II

II. On pourrait objecter que beaucoup d'individus, — instruits et intelligents pour la plupart, tout en se faisant remarquer par des actes étranges et méticuleux ne doivent pas cependant être considérés comme des malades. Il est certain qu'un trait ridicule, une minutie, une précaution exagérée, isolées et fugaces, ne suffisent pas pour constituer un état pathologique. Mais en est-il de même si ces inconséquences, au lieu de s'interrompre, s'imposent comme un besoin opiniâtre? Si la répétition de la pensée ou de l'acte anormal, si l'Obsession et l'anxiété consécutive finissent par enlever toute liberté d'esprit? J'ajoute que dans certaines conditions ces tendances maladives sont — l'indice de l'hérédité morbide. —

La plupart des états de ce genre connus sous le nom de Monomanie, hypochondrie morale, Folie lucide, névroses émotives, terreurs morbides, etc, ne forment que des variétés de la Folie héréditaire.

On peut trouver dans beaucoup d'auteurs des exemples de ce genre dispersés sous des noms différents et qui, par

une interprétation plus exacte, peuvent rentrer dans notre sujet.

Nous citons un exemple emprunté à Mr. Billod, Maladies de la volonté (1), où le malade hésitait pendant des heures entières avant d'accomplir un acte, par impuissance de la volonté.

Legrand du Saulle dans son mémoire de la Folie du Doute avec délire du toucher a eu le mérite de réunir en un faisceau beaucoup de faits dispersés et mal classés. Mais il a eu le tort de donner à cette forme d'aliénation une existence à part et de la considérer comme une des quatre variétés de la Folie avec conscience.

Nous ne pouvons pas davantage accepter le mode d'évolution adopté par lui, à savoir la maladie débutant par l'interrogation mentale produite par le doute et la crainte du contact des objets extérieurs. Il en conclut que dans la désignation de la maladie, le doute ouvre

---

(1) Ann. médico-psychol. 1847, pag. 172. -

la scène et les excentricités du tact la ferment et que par conséquent les deux mots de doute et de délire du toucher doivent s'y trouver réunis. —

Il ajoute que cette maladie est paroxystique mais qu'elle passe par trois étapes tout-à-fait différentes l'une de l'autre. Ces formules devaient servir à circonscrire un cadre pathologique dont l'expression est, au contraire, très-variée. Cette succession existe sans doute dans quelques cas, mais le peut exister sans délire du toucher et réciproquement, et les deux syndrômes peuvent se trouver mêlés, ensemble ou séparément, à d'autres signes épisodiques. En fait, tous ces phénomènes présentent, dans leur début et dans leur marche, une grande irrégularité. La Folie du doute n'est qu'un accident de la Folie des dégénérés. C'est un événement secondaire survenant dans le cours d'une action principale. Que la crainte se porte sur tel ou tel objet, qu'elle se déploie ou qu'elle se concentre, on y retrouve toujours les attributs de l'aliénation héréditaire.

Deux observations puisées dans le travail de

Legrand du Saulle (III et X) rapprochées d'autres présentées plus loin seront la meilleure confirmation de notre thèse. La 1re (obs. III) est empruntée à l'article Monomanie d'Esquirol (Mal. ment. T. II, p. 63) : Scrupules — Appréhensions — Délire du toucher — Lucidité. — Une seule chose est à regretter dans cette observation si complète en tous ses détails épisodiques, c'est l'absence de renseignements héréditaires. Mais la similitude des troubles avec ceux des malades qui font la base de notre étude est évidente. —

Obs. IV (personnelle) Hérédité double et convergente presque similaire. — Névrosisme du grand père maternel — Mélancolie du père : Obsessions, recherche anxieuse du nom. — Mère hystérique bizarre : Craintes diverses : Topophobie toute maternelle très nerveuse : tendance au mysticisme — Impressionnabilité dès l'enfance et l'adolescence. — Début des accidents morbides actuels en 1876 : Superstitions, terreurs, répugnances, obsessions, délire du toucher, Agoraphobie, Topophobie, Onomatomanie; impulsions. — Paroxysmes, Conscience de son état. —

Cette maladie résume en elle les effets de l'accumulation de la tare névropathique d'une famille. – L'intérêt de cette observation repose surtout sur la multiplicité des troubles morbides, offerts d'une façon successive ou simultanée : En dehors de la variété des accidents, elle résume les traits caractéristiques de la dégénérescence : idées fixes, impulsions involontaires, angoisses à paroxysmes, conservation de l'intelligence, lutte intérieure, phénomènes dépendants tous d'une modification nerveuse héréditaire qui s'accuse dès l'enfance, non seulement par des dispositions mentales mais par la constitution physique. –

Observation V. (personnelle) Hérédité; Névropathie du père et de la mère – tante maternelle mélancolique, hypochondriaque. Accidents nerveux durant la gestation de la mère. Signes physiques de dégénérescence. – Dès la puberté, changement de caractère. – Craintes, irrésolutions, mélancolie anxieuse. – Paroxysmes, Conscience de son état – Délire du toucher : Crainte des épingles, des boutons de porte, du jais, du mastic de vitrier, de la porcelaine, etc. Superstitions. –

Cette histoire pathologique reproduit toute la diversité de la manière d'être de l'obsession. Il y a également les accès fréquents d'angoisse, mais qui présentent bien des phases suspensives mais si courtes que les malades sont dominés par le besoin de se débarrasser d'une existence aussi pénible. Dans cette observation, la peur des épingles (bélénophobie) se trouve mêlée à d'autres craintes. —

Dans un autre cas, j'ai eu l'occasion de la constater, à titre prédominant, chez une mélancolique de 32 ans qui passait ses journées à se frotter les gencives et à cracher, se figurant qu'une épingle s'était introduite dans sa cavité buccale. —

III. — L'expression morbide peut consister dans la recherche anxieuse et la répétition irrésistible d'un chiffre ou d'un nom. Un cas curieux d'Arithmomanie est noté par Legrand du Saulle chez l'un de ses malades qui lui dit au moment de le quitter : « Vous avez tant de volumes dans votre bibliothèque, tant sur votre table, tant de boutons à votre gilet, etc, etc. Excusez-moi, c'est

involontaire mais il faut que je compte.» Lorsqu'il entre quelque part il additionne combien il y a de meubles, d'objets ou de vêtements de telle ou telle couleur; En chemin de fer, il compte les rivières, les ponts, etc, combien de capitons, de franges, de clous dans le wagon etc, etc.

Dans l'observation IV précédente d'Onomatomanie, la malade s'imagine avaler tous les sons qui frappent son oreille et ne cesse de cracher pour les expulser de son corps. La disposition principale à répéter mentalement les mêmes mots se retrouve dans les trois observations suivantes. Une modification profonde de l'organisme peut seule expliquer l'inquiétude générale amenée par des causes aussi futiles.

Obs. VI. (communiquée par M. Magnan.) Névralgie intercostale — Préoccupations hypochondriaques — Chagrins violents. — Besoins irrésistibles de retrouver des mots et des phrases: Angoisses, désespoirs jusqu'à la découverte de ces mots. L'onomatomanie apparaît encore plus prononcée dans l'observation suivante:

Obs. VII. (communiquée par M. Magnan)[1] Mère très-émotive — Déséquilibration mentale. Période dépressive et accès de délire alcoolique avant la recherche angoissante du nom — Mesures de prévoyance : Cahier, Bottin, Recherche angoissante des physionomies et des traits. Guérison après deux ans. —

Depuis un an, la guérison se maintient. Toutefois, il est très probable que sous l'influence d'une cause morale ou de fatigues d'excès de toute autre cause il se produirait de nouveaux troubles. Chez lui il a suffi des fatigues du mariage et d'un écart de régime pour voir se développer un accès de dépression mélancolique, un délire hallucinatoire très-actif, puis l'obsession des noms et des figures. — La porte reste donc ouverte chez lui pour tout le cortège d'obsessions et d'impulsions qui accompagne l'héréditaire.

Obs. VIII — (Magnan, idem) Hérédité morbide ; Dégénérescence mentale, déséquilibration dès l'enfance. A 18 ans, accès mélancolique ; plus tard perversions sexuelles —

---

(1) Charcot et Magnan, Arch. de Névrologie. Sept. 1885. De l'Onomatomanie.

Recherche angoissante du mot et du nombre. Rires et pleurs involontaires analogues aux tics — Doutes sur l'infini. Périodes irrégulières dans tout le cours de la vie; tendances au suicide dans les dernières années. —

Cette observation prouve la multiplicité des troubles cérébraux qui peuvent se manifester successivement chez le dégénéré héréditaire. L'obsession du mot et du nombre ne s'est développée chez ce malade qu'après des accès de Mélancolie avec penchant au suicide. Puis sont survenus le doute et les interrogations sur l'infini. Autant de syndrômes épisodiques qui se sont trouvés réunis chez le même individu mais qui chez d'autres, peuvent se manifester isolément. —

Dans les faits précédents, l'onomatomanie consiste dans la recherche instinctive du mot ou d'un nombre que le malade s'efforce de retrouver et souvent en vain. —

Dans d'autres cas, le mot reste fixé et le patient est porté irrésistiblement à le répéter. Un malade de Magnan

poussait involontairement un cri, sans motifs apparents et répondait à ceux qui en demandaient la raison : « J'ai une douleur de côté. » -

Un autre malade (obs. XVIII) est obligé irrésistiblement de dire les mêmes mots : Mon dieu ! - Caraco ! qu'il redit, sans savoir pourquoi, plusieurs minutes de suite. Par moments, il est obligé de contrefaire un chien qu'il vient d'entendre aboyer.

Mr. Gilles de la Tourette a publié récemment (I) sous le titre : Etude sur une affection nerveuse caractérisée par de l'incoordination motrice accompagnée d'Echolalie et de Coprolalie, une série d'observations considérées par lui comme types d'une maladie nouvelle et qui ne sont que des expressions diverses du même état général de dégénérescence : Elles présentent les mêmes phénomènes morbides que les observations précédentes : Apparition des symptômes dès le jeune âge ; influence héréditaire manifeste et durable ; incoordination motrice avec tics musculaire ; rapidité, soudaineté de l'impulsion instinctive ;

(I) Arch. de Neurol. Janvier et Mars 1885.

irrésistibilité habituelle malgré l'effort volontaire ; périodes d'accalmie et d'exacerbations ; régularité mentale en dehors des accès ; Conscience permanente de la situation). – Ce sont des syndromes épisodiques auxquels nous pouvons appliquer les mêmes réflexions faites précédemment à propos de la Folie du doute.

Obs. IX. – (Gilles de la Tourette, Arch. de Neurol. 1885, p. 40) Hérédité ; tic convulsif chez le père ; une tante aliénée. Dès l'enfance incoordination motrice ; plus tard impulsions spéciales ; Caprolalie, Echolalie. –

La disposition spéciale qui pousse cette malade à proférer un mot blessant ou obscène, les phénomènes d'Echolalie qu'elle a présentés, les secousses convulsives ne sont que des incidents d'un état plus général. S'ils restent encore isolés, rien n'empêche que plus tard ils soient remplacés par des manifestations d'un autre ordre ou qu'ils y soient réunis. Ces réflexions s'appliquent à tous les dégénérés. –

Dans la discussion récente de la Société médico-psychologique (18 mai 1885) Magnan a présenté une malade présentant à diverses époques, différents signes épisodiques, dont l'évolution atteint successivement des régions distinctes de l'axe cérébro spécial.

Obs. X. — (Communiquée par Magnan) Hérédité convergente — Déséquilibration de tout l'axe cérébro spécial. — Syndromes épisodiques : Incoordination motrice, Caprolalie, Craintes, Impulsions dangereuses, Perversions sexuelles, — Coexistence de plusieurs délires de nature différente : Folie héréditaire, délire épileptique, délire alcoolique.

Dans cette observation, autour de la Folie héréditaire, viennent se grouper plusieurs syndromes épisodiques : Mouvements simples et complexes ; Mimique des expressions passionnelles échappant à la volonté ; Obsessions ; Impulsions ; Anomalies sexuelles, sans compter les accès mélancoliques à évolution rapide, suivis de tentatives de suicide. —

Avec cette disposition nerveuse il a suffi de quelques excès de boissons pour faire surgir le délire alcoolique. Enfin l'alcoolisme de la grand mère paternelle et du père, semble, parmi les conditions étiologiques, avoir à son actif les accidents épileptiques manifestés pendant quelques années. La Folie héréditaire, le delire épileptique et le délire alcoolique ont évolué côté à côté, sans se confondre, et en présentant chacun leurs caractères spéciaux.

Nous terminerons ce qui a trait à la Coprolalie par l'histoire d'un malade de Maudsley que cet auteur donne comme un exemple de ce qu'il appelle la variété impulsive de la Folie du doute.

Obs. XI – (Maudsley, Pathologie de l'esprit p. 335). – Hérédité vésanique – Nervosisme depuis l'enfance. Obsessions et impulsions multiples – Coprolalie. –

IV. Non seulement les malades dont nous nous occupons conservent la conscience de leur état, mais comme le dernier dont nous venons de parler,

ils luttent en désespérés contre les obsessions qui les tourmentent. Parfois ils sortent vainqueurs du combat mais ce n'est pas pour longtemps et souvent même un nouveau besoin vient prendre la place du premier.

Quand la volonté est immédiatement impuissante, ils emploient des moyens indirects et détournés. Un malade de Maudsley, harcelé parcequ'il appelait ses Fads, s'en débarrassait en les écrivant un grand nombre de fois au bas d'un livre. Un prédicateur, dit Legrand du Saulle, récite des pages entières de Bossuet; un Mr fredonne la Marseillaise ou se pose des interrogations sur la table de Pythagore. Une vielle demoiselle débite quelques chansons de Béranger. Je connais un jeune homme intelligent, obligé d'interompre ses études, à cause de la pensée fixe, angoissante, que les âmes du purgatoire seront torturées s'il ne répète pas la formule Dieu treize, qu'il accompagne de la contraction, de plus en plus energique, du cuir chevelu. (représentation extérieure du Dieu treize). — Il essaye de tous les

procédés pour mettre un terme à cet acte bizarre, il se menace lui-même, mais il est toujours obligé d'y revenir : L'obsession reste là, invincible, brutale et suivant la propre expression du malade, le faisant douter de sa raison même. —

Un autre, pour imposer silence à des scrupules de conscience, se dépouille de son habit, en faveur du premier mendiant qui passe. Ou bien, ces individus s'adressent à leur entourage pour être rassurés ; mais la tranquilité qui en résulte est toute passagère et ils ne tardent pas à se trouver aux prises avec les mêmes inquiétudes. Un homme de 60 ans, observé par Baillarger, se trouvait obligé depuis l'âge de 20 ans, toutes les fois qu'il allait au théâtre, de rechercher toutes les particularités relatives aux actrices qu'il voyait et plus tard il éprouva le même besoin à propos de toute femme qu'il rencontrait et qu'il jugeait jolie. Dès qu'il en apercevait une il restait pendant plusieurs heures dans une grande anxiété et avait fini par se faire accompagner par une personne

chargée uniquement de le rassurer sur toutes les femmes qu'il rencontrait, pour lui affirmer qu'elle n'était pas jolie et il se contentait de cette affirmation. Une fois en chemin de fer, pendant la nuit, la personne chargée de répondre, étant fatiguée, ne put répondre si la buraliste du départ était, oui ou non, jolie ! Il en résulta une crise si intense qu'il fallut faire repartir quelqu'un chargé de déclarer au retour que la buraliste n'était pas jolie ! Pour en revenir à l'Onomatomanie, elle consiste parfois dans la crainte du mot compromettant. Magnan cite dans ses leçons le cas d'une dame qui croyait que l'emploi de certains mots lui portait malheur. Quand elle croyait avoir prononcé un de ces mots, elle retournait chez la personne qu'elle avait quittée pour s'assurer qu'il n'était pas arrivé un malheur. —

L'hésitation produite par le doute se produit souvent sous la forme interrogative. Legrand du Saulle cite une observation qui peut servir de modèle sous ce rapport. —

Obs. XII. — (p. 34) Folie du doute - Interrogation anxieuse — Superstitions. - Délire du toucher. — Ce malade éprouve les craintes les plus diverses et a le besoin impérieux de poser des questions sur ses craintes et d'être rassuré. —

Un autre exemple d'interrogation se trouve dans Legrand du Saulle. Il s'agit d'une jeune femme, bonne musicienne, qui ne pouvait sortir dans la rue sans se poser à elle-même, toutes sortes de questions sur tous les faits malheureux qui pourraient survenir.

J'ai observé également un malade de 65 ans qui, à côté de dispositions hypochondriaques très-prononcées, présente l'anxiété la plus vive toutes les fois qu'il doit prendre une résolution nouvelle. La décision se fait longtemps attendre et ne se produit que sur les instances d'un tiers. Doit-il écrire? etc, etc. Tout l'inquiète et met son esprit à la torture: Il se figure qu'en rentrant il va trouver tout brulé chez lui. Il a

commandé une voiture pour le lendemain et l'idée qu'elle pourra être en retard trouble le repos de sa nuit: Nous retrouvons une autre forme de l'interrogation mentale dans l'observation suivante :

Obs. XIII. (personnelle) Hérédité névropathique. Tendances mélancoliques dès le jeune âge. – Tic convul-sif. – Obsessions hypochondriaques – Anxiété. – Paroxysmes. – Conscience de son état. –

Dans cette observation, les préoccupations portent surtout sur des questions relatives aux repas, à la digestion, à la quantité d'aliments à prendre etc, etc; en un mot sur des obsessions hypochondriaques. –

V. – Amour exagéré des animaux : Antivivectionnistes. –

Une dame entretient un asile pour les animaux et recueille les chiens et les chats abandonnés. Une autre achète aux Halles toutes les grenouilles pour les enlever aux vivisecteurs. Morel (I) parle d'un homme de

(I) Etudes cliniques. T. II p. 178. –

grande intelligence, occupant une grande position financière, chez lequel se développaient de véritables accès de sensiblerie, non seulement quand il perdait des parents ou des amis, mais pour les motifs les plus futiles et en particulier quand il perdait des animaux, pour lesquels il avait des crises de larmes, comme pour ses meilleurs amis. — Un jour il tomba dans un véritable accès de douleur délirante à propos de la mort d'une des nombreuses grenouilles qu'il élevait dans la mare d'Auteuil. —

Les dégénérés, dit Magnan, trouvent dans la Zoophilie de nombreux thèmes qu'ils exagèrent et qui finissent par devenir chez eux de véritables délires. Mme T... est un des membres les plus actifs de la société protectrice et nourrit à domicile une quinzaine de chats perdus. Elle envoie de l'argent, dans le même but aux personnes qui lui en font la demande. Quand elle voit dans les rues un chien qui semble malheureux,

elle s'empresse de lui acheter un petit pain ou un petit gâteau. Quand elle monte en omnibus, elle donne dix ou vingt sous au cocher pour qu'il ne fouette pas ses chevaux. Magnan a rapporté dans son mémoire sur les Antivivisectionnistes (23 Février 1884) de nombreux exemples de ce genre. — Et il termine par l'observation suivante :

Obs. XIV. — Magnan, Folie des Antivivisectionnistes) Hérédité vésanique - Préoccupation incessante pour les animaux et indifférence pour l'homme. —

VI — Les manifestations qui restent à décrire sont d'une nature plus grave. Il s'agit de tous les actes impulsifs que l'on a désignés sous le nom de — Monomanies instinctives : Impulsions à l'homicide, au suicide, à la boisson (dipsomanie) au vol — (Kleptomanie), à l'incendie (Pyromanie) Anomalies et perversions sexuelles (Erotomanie), Nymphomanie, Satyriosis etc). —

Il faut d'abord définir le mot impulsion, ce

qui n'est pas toujours très facile. –

Quand un persécuté se livre à un acte violent, c'est en vertu d'une idée délirante. Il en est de même du mélancolique simple, avec idées de ruine ou de damnation qui agit en vertu d'un motif, ayant avec l'acte une relation de cause à effet. –

C'est là ce qui a lieu dans toute vésanie ordinaire. L'Epileptique seul paraît faire exception à cette formule, mais il a de plus certains caractères spéciaux, tels que l'inconscience absolue, la perte du souvenir du fait accom-pli. Chez le dégénéré, au contraire, l'impulsion ne dérive ni d'une sensation, ni d'une idée délirante, mais sa cause réside dans l'instinctivité. –

A tous les degrés de la transmission héréditaire, que l'on envisage l'idiot, le faible d'esprit ou le dégénéré supérieur, l'impulsion présente la même empreinte involontaire. Cependant, si la tendance est impérieuse et pressante, il s'en faut qu'elle soit toujours

automatique et irrésistible.

Exemples : 1° Un jeune homme de 16 ans, empoisonne son père avec de l'arsenic, assomme son frère et tente d'empoisonner sa mère (1). -

2° Cas de Glenadel dans Calmeil (2) craint d'être porté à tuer sa mère, et quitte pour aller au régiment, puis plustard, porté cet instinct homicide sur sa belle-sœur et s'enferme lui-même dans un asile pour se préserver.

Suivent encore trois exemples empruntés à Morel (3).

1° Un jeune dégénéré dont la mère était morte en démence, se livrait, depuis l'âge de 16 ans, au vagabondage, au vol, à l'ivrognerie. Durant ses remittences, c'était un garçon doux et bienveillant, mais conservant pour son père, qui n'avait pas su le prendre, disait-il, une aversion instinctive poussée jusqu'à l'idée du parricide.

2° Un jeune homme, d'excellente famille, dont il

---

(1) Ann. Médico psych. Mai 1884 p. 515.
(2) Mal. infl. du cerveau. -
(3) Traité des maladies mentales pag. 530 et 553. -

faisait la désolation par ses instincts pervers précoces avait pour sa mère une haine invétérée, et se livrait envers elle aux actes les plus violents.

3e Homme de 40 ans occupant une haute position sociale, né d'un père hypocondriaque, n'ayant jamais éprouvé personnellement aucune maladie mentale était obsédé de l'idée d'étrangler sa femme couchée à côté de lui et se relevait cent fois pour ne pas succomber à cette tentation infernale.

Quelques malades recourent à leur entourage pour se faire préserver de leurs impulsions et demandent à être protégés contre eux-mêmes. D'autres, au contraire, comme Henriette Cornier prennent toutes les précautions pour accomplir leur acte en cachette, comme cela est arrivé également pour Marie Jeannerot, qui s'est fait garde malade pour empoisonner ses clients, au nombre de vingt environ. —

Mais, dans tous ces cas, que l'acte soit motivé

et caché dans une certaine mesure ou bien qu'il soit absolument impulsif et subit, accompli sans précautions et sans prévoyance, il est toujours au fond, absolument instinctif et diffère ainsi des actes motivés des autres aliénés.

Chez tous les dégénérés s'impose la même idée automatique et ils assistent à son éclosion en spectateurs marqués par le destin. L'acte sollicité n'est pas toujours instantané, la réflexion peut empêcher les effets du besoin mais elle ne l'empêche pas de se produire avec des caractères semblables, alors même que le malade combine son crime ou bien qu'il lutte contre l'obsession et parvienne à en triompher.

Pour tous ces malades, alors même que les actes paraissent voulus, il s'agit toujours d'un élément morbide qui saisit l'individu dès le jeune âge et sur lequel l'éducation n'a aucune prise efficace.

En résumé, l'aliéné ordinaire prépare son larcin et préméditte ses actes, tandis que les dégénérés

sont invinciblement poussés malgré leur résistance, à l'assassinat, au vol, à l'incendie ou à des actions honteuses. —

Les confidences de certains héréditaires à cet égard sont vraiment navrantes. Il en est de très honnêtes et très doux qui souffrent cruellement des impulsions violentes qui les obsèdent. J'en citerai un qui était dans ce cas et qui en était arrivé à l'idée de se débarasser de la vie pour se soustraire à cette lutte intérieure si pénible. Né de parents nerveux et excentriques il présentait également, avec des préoccupations hypochondriaques, des aberrations génitales et la peur des espaces. —

Ces tortures morales sont bien exprimées dans une lettre adressée par un de ces malades au Dr Manning et signée simplement un homme qui souffre.(1) C'est un homme possédant la pleine connaissance de ses actes et qui depuis 17 ans combat des impulsions à l'homicide et au suicide. Couché la nuit près de son père, il

---

(1) Ann. médico psych. pag. 317.

aperçoit dans la chambre un poignard dont la vue lui suggère la pensée atroce de devenir parricide. Est-il en voyage, il se sent envahi par la pensée de jeter par la fenêtre ses compagnons de voyage. Il est marié et cache avec soin à sa femme et à ses enfants les angoisses qui l'étreignent. -

D'autres fois, l'acte impulsif et souvent irrésistible, ne présente pas les mêmes caractères dangereux mais simplement bizarres ou grotesques. Ainsi, nous avons vu précédemment des cas consistant dans la répétition impérieuse d'une phrase ou d'un nom, dans l'obligation de proférer machinalement et malgré la résistance de la volonté, un mot injurieux ou grossier. Ce sont là des transitions entre les idées fixes sans objectif extérieur et celles qui se manifestent par des violences publiques. Mais l'origine instinctive des uns et des autres est évidente. -

Maudsley[I] cite l'exemple d'un homme qui doit

(I) Pathologie de l'esprit, p. 333.

pénétrer dans une maison avec tel pied en premier et qui, s'il a fait infraction à ce devoir, est obligé de ressortir de nouveau pour rentrer du pied convenable. Il doit également remarquer le numéro et le nom inscrits sur la porte d'entrée et s'il ne l'a pas fait, il est obligé de ressortir de nouveau pour le regarder et un jour il lui arriva — d'être obligé de faire un mille pour revenir en arrière dans la maison qu'il avait quittée, pour voir le nom ou le numéro qu'il n'avait pas aperçu à l'entrée. —

Un gentleman remarque deux pierres au haut d'un mur, qui lui paraissent mal placées et il lui vient l'idée qu'elles doivent être renversées. Ne pouvant pas prendre une échelle en plein jour, pour ne pas paraître ridicule, il revient la nuit et muni d'un long fouet, fait tomber ces pierres et son esprit reste dès lors en repos, jusqu'à ce que une nouvelle impulsion l'ait repris. —

Plusieurs impulsions peuvent se trouver réunies chez le même individu, mais il n'en est aucune qui se

transforme plus facilement, l'une dans l'autre, que les idées d'homicide et de suicide. Le suicide se présente souvent chez les dégénérés héréditairement sous forme similaire et par le même procédé chez les descendants que chez les ascendants. –

L'observation suivante est celle d'une dégénérée chez laquelle les dispositions au suicide sont mêlées à d'autres impulsions de même origine. Elle rend compte de l'état moral et intellectuel de ces malades qui, conscients de leur état, péniblement impressionnés par leurs obsessions, luttent contr'elles et souvent font appel à un secours étranger.

Obs. XV. – (personnelle) Hérédité Congestive – Mélancolie impulsive – Périodicité des accès (quatre en 18 ans) – Manifestations successives. D'abord, obsession simple, craintes diverses. – Aux troisième et quatrième accès, impulsions au suicide. – Cherche un appui dans son entourage pour résister à l'impulsion. –

Dans ce cas, l'impulsion faible en somme, rendait la résistance facile. Du reste, un simple obstacle suffit souvent pour maîtriser l'impulsion. Exemple, ce chimiste qui porté à l'homicide, se faisait attacher les poignets avec une ligature et ce frêle lien suffisait pour le calmer. –

La sollicitation à l'acte délictueux ou violent est souvent abstraite, mais elle peut être spécifiée. Pour le vol, par exemple, les uns s'approprient tout ce qui leur tombe sous la main ; d'autres, au contraire, ne dérobent que des choses déterminées et de peu d'importance. Marc dit avoir connu un médecin instruit dont la manie consistait à voler des couverts d'argent et ne s'étendait pas à d'autres objets. –

De même, pour les impulsions, homicide et suicide, qui se traduisent de la manière la plus variée. Les uns se pendent, d'autres se noient ; ceux là adoptent le fer ou le poison. Dans d'autres cas, c'est l'envie —

d'étrangler, en dehors de toute autre idée fixe. Parfois l'incitation à tuer ou à se tuer n'arrive que si les regards viennent à tomber, par hazard, sur une arme quelconque. Exemple, la malade de l'observation XV, qui, dès qu'elle voit un couteau, est disposée à le tourner contre elle même; elle n'ose pas non plus traverser un pont, de peur d'être tentée de se jeter à la rivière. M. V... (observation XVIII) quand il voyage en bateau mouche a soin de descendre dans la cabine, la vue de l'eau lui inspirant le désir de se noyer; de même quand il monte sur l'impériale d'un omnibus ou d'un wagon de chemin de fer, il songe aussitôt à se précipiter sur la voie. Un malade de Maudsley fut obligé de changer d'appartement parceque une haute tour voisine lui donnait de telles pensées de suicide, qu'il craignait de ne pas pouvoir toujours y résister, s'il continuait de vivre en ce lieu. Enfin, en général, l'impulsion n'est pas dirigée sur telle ou telle personne en particulier, mais dans le cas de Glénadel,

cité plus haut, l'instinct désignait d'abord la mère comme victime, et plus tard, la belle sœur. D'autres malades sont tourmentés de l'idée d'étrangler leurs enfants mais la vue d'autres enfants peut ne pas développer la même tendance, l'obsession s'appliquant surtout aux êtres les plus chers. J'ai vu, chez Magnan, une femme, fille de dipsomane et dipsomane elle-même, présentant des impulsions au suicide et à l'homicide qui voulait tuer sa petite fille, mais pas son mari, parce qu'elle ne l'aimait pas assez pour cela! –

VII. La Dipsomanie. (Monomanie d'Ivresse d'Esquirol) décrite pendant longtemps comme entité morbide, n'est également qu'un symptôme saillant d'impulsion héréditaire. Elle consiste dans un entraînement irresistible de l'individu vers les boissons. Mais différent du vicieux porté à l'ivrognerie, le dipsomane est un prédisposé impuissant à réagir contre sa fatale propension. Avant de boire, le dipsomane est déjà aliéné, tandis que l'alcoolique ne devient fou qu'après

avoir bu.

Les accès impulsifs sont intermittents paroxystiques, plus ou moins fréquents, d'une durée plus ou moins longue. Leur début est marqué par de la tristesse et un besoin d'isolement; le sommeil est interrompu par des cauchemars; divers troubles somatiques se produisent: sécheresse à la gorge, bouffées de chaleur à la face, douleurs en barre à la région epigastrique, sensations pénibles — d'un objet piquant qui s'enfonce ou d'un poids qui étouffe. Dès que l'impulsion se montre, le malade est invinciblement poussé. Aucune considération ne peut le retenir. Tous les moyens sont bons pour se procurer à boire. Une dipsomane vendait tous ses vêtements, manteau, jupe ou corset. — D'autres ne craignent pas de dérober, malgré leur nature honnête.

L'ivrogne recherche la compagnie mais le dipsomane boit seul, évitant les endroits, où il peut être connu, ou s'enfermant chez lui pour se livrer au penchant dont il a honte. — Il ingurgitera, du reste, tout ce qui lui

tombe sous la main. La qualité de l'alcool le laisse indifférent et c'est aux eaux de toilette qu'il s'adressera s'il y a lieu. –

La plupart de ces individus, toujours lucides, appréhendent l'approche de leur accès avec horreur et font des efforts inouïs pour lutter. Certains écrivent avec leur sang le serment de ne plus boire. Ils jettent dans les liquides les substances les plus répugnantes, mais s'ils triomphent quelquefois de l'obsession, le plus souvent ils succombent dans la lutte. Quelques uns sentant leur impuissance à résister finissent par avoir recours au suicide. – Mme N.. (citée par Trélat[I] habituellement régulière et économe, mais dont l'ascendance présente une mère et un oncle dipsomane, était prise d'accès irrésistibles de Monomanie ébrieuse, qui lui faisait tout délaisser, intérêts, devoirs, famille. On ne pouvait entendre, sans émotion, le récit des efforts tentés par elle pour se guérir. Sentant venir l'accès elle, elle mettait dans son vin les substances les plus propres à lui inspirer le dégoût; elle

(I) Folie lucide, p. 160, 1861.

y a mêlé jusqu'à ses excréments ! En même temps, elle s'invectivait et s'adressait des injures. Mais c'était en vain ; la passion maladive était plus forte que tous les reproches et toutes les résolutions. –

Un état qui contraste avec la dipsomanie mais qui participe, comme elle, de la Folie héréditaire, vient d'être décrit par Magnan, sous le nom de Sitiomanie (Petite faim). Une malade était atteinte d'une impulsion spéciale, sorte de Boulimie à paroxysmes, idiopathique qui l'oblige à manger constamment tout ce qu'elle trouve sous sa main. Cette femme se montre très affligée de ce besoin singulier, auquel elle ne peut pas résister. –

VIII. Au milieu de cette variété de Syndromes qui relèvent de la dégénérescence, un chapitre spécial doit être consacré aux troubles du sens génital. Il est rare, en effet, que chez les dégénérés la fonction sexuelle ne soit pas pervertie. Sans parler des actes de bestialité, des violations de sépulture et des cohabitations avec des cadavres, l'anomalie peut aller de l'idée la

plus baroque aux entreprises les plus répugnantes.
Depuis la femme qui initie son fils, aux pratiques de l'amour jusqu'à celui dont le désir vénérien se porte sur une statue et cet autre qui met l'objet de son adoration dans une étoile, il y a place pour des degrés infinis.
On peut résumer tous ces degrés par trois mots : Excès, défaut et déviation de fonctionnement. Inutile de distinguer les aberrations congénitales des anomalies acquises (Démence sénile, Paralysie générale, — Epilepsie, Manie, etc). Ce n'est pas de ces dernières que nous voulons parler. Mais si tous les Satyriasiques et toutes les Nymphomanes ne sont pas des dégénérés, il faut ajouter avec Boucheraeu[1] que fréquemment les — tendances érotiques sont les produits de l'hérédité et quand l'éducation ne parvient pas à les modifier et à les calmer, les causes les plus légères les mettent au jour.

Les mêmes considérations s'appliquent à une classe d'aliénés décrits par Lasègne sous le nom d'Exhibitionnistes; affection qui consiste dans l'étalage en public des organes

(1) art. Satyriasis du dict. encyclopéd. des sciences médicales. p. 67.

génitaux.

Dans la plupart des observations de ce genre, on retrouve, en même temps qu'un état impulsif intermittent les autres caractères de Folie transmise.

Un malade de Magnan répond à ce type: peintre en bâtiments, âgé de 44 ans, au milieu d'autres phénomènes pathologiques, se sent poussé à des actes contre nature: A la tombée de la nuit, il se dirige vers les rassemblements; aux stations d'omnibus, auprès des batteleurs, il s'approche et se place derrière une femme, de préférence la plus grosse; puis il retire sa verge qui reste flasque (depuis 2 ans il n'a plus d'érections) et se frotte contre les fesses de sa voisine. C'est pendant qu'il se livre à cet exercice qu'à la station d'omnibus de la place Clichy, il est arrêté par un agent des mœurs. Il a été, dit-il, pour le frottage, condamné à 4 mois de prison. — Sa femme tenant une crémerie, il l'a dirige quelquefois, et à plusieurs reprises, il n'aurait pu s'empêcher de tremper ses organes génitaux dans le lait distribué aux clients. —

Parmi les individus atteints d'obsession il n'est pas rare de rencontrer l'impossibilité du Coït. Non pas que l'organe soit mal conformé et que le centre génital médullaire soit toujours atteint, puisque l'érection a lieu dans des circonstances déterminées. Le défaut se montre seulement dans les tentatives de rapports sexuels : le reflexe cérébral l'emporte sur l'automatisme. L'idée fixe dominante suffit à créer la frigidité par le même mécanisme qu'elle empêcherait un acte quelconque. Parfois, comme dans le cas suivant, l'irrégularité de la fonction génito-spinale est seule en cause :

Obs. XVI. (Personnelle.) Hérédité névropathique ; Mère hystérique ; Un frère aliéné, un autre porté à la mélancolie. - Caractère irrésolu. - Manque d'équilibre des facultés. - Anomalie sexuelle par défaut.

Sous la désignation de Sens sexuel contraire, Westphal a décrit une anomalie de l'instinct génital consistant dans le penchant exclusif de l'homme pour

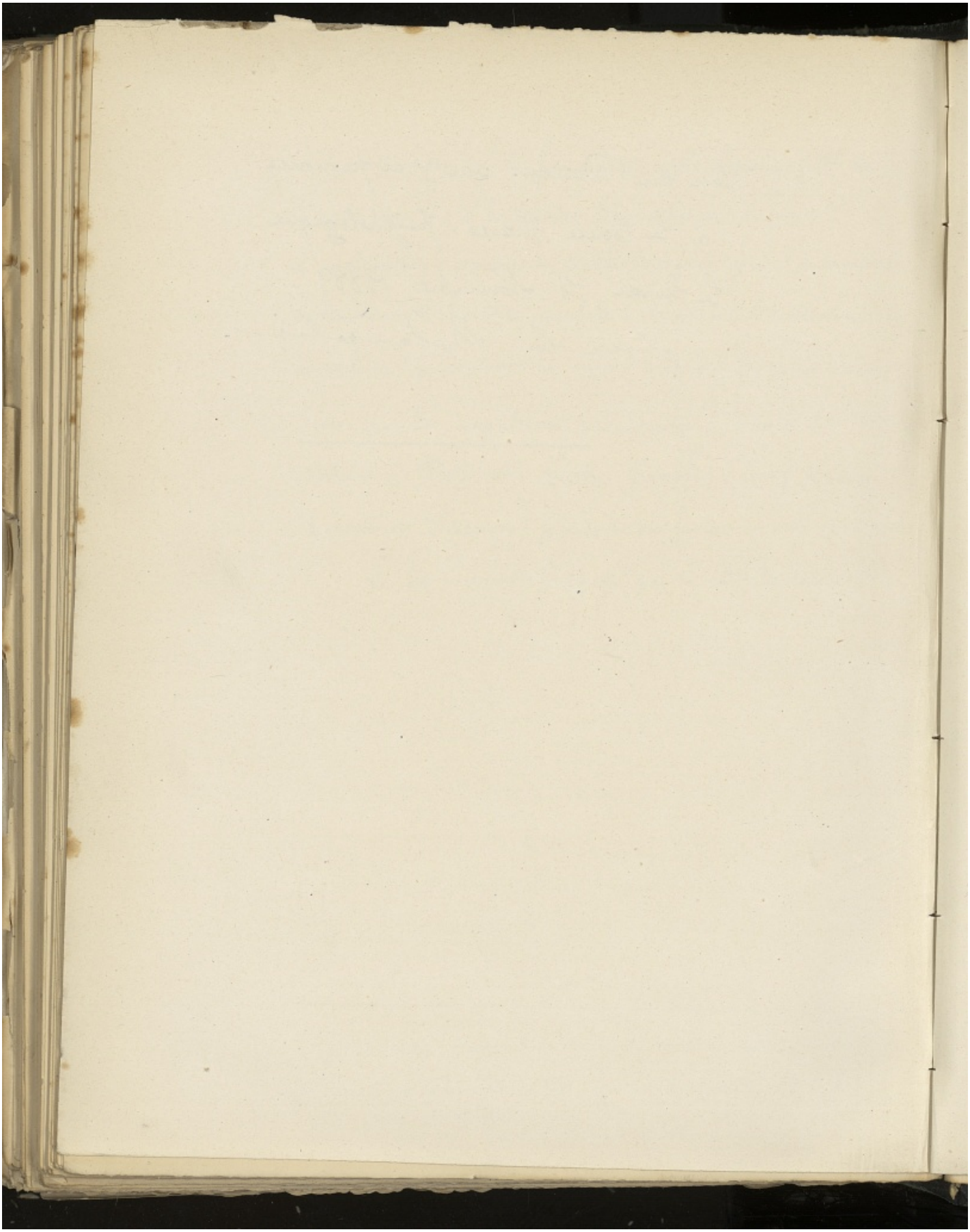
l'homme et de la femme pour la femme. Il ne s'agit pas là d'habitudes dépravées et acquises. L'inclination, purement pathologique, puise sa manière d'être dans l'hérédité morbide. C'est une tendance impulsive présentant la même origine, les mêmes caractères que les impulsions précédentes. Toutes les observations (Westphal, Gock, Krafft Ebing, Kréeg, Charcot et Magnan) plaident en faveur de cette opinion.

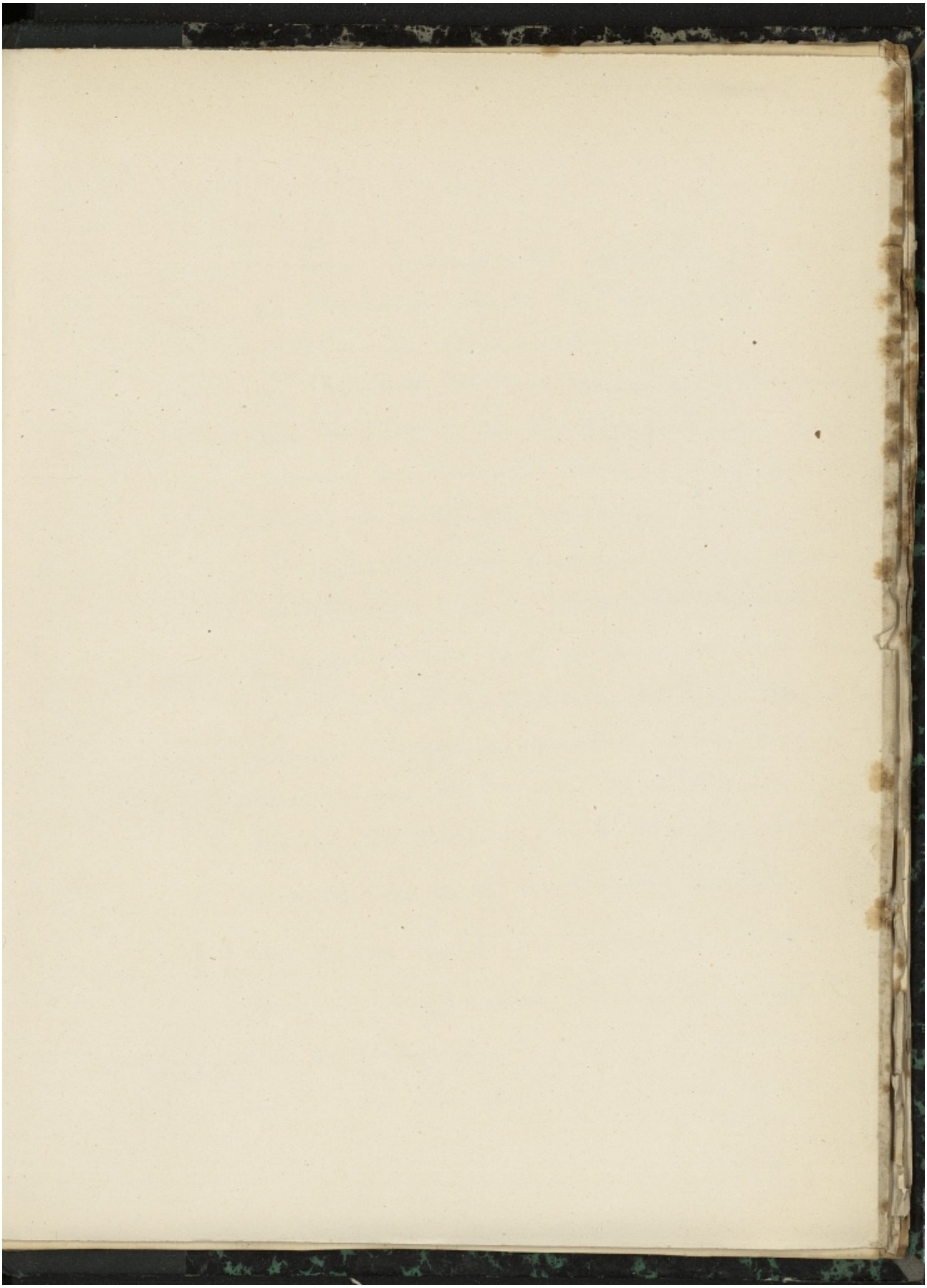
Le fait suivant rapporté par le Dr. Cantarano (1)

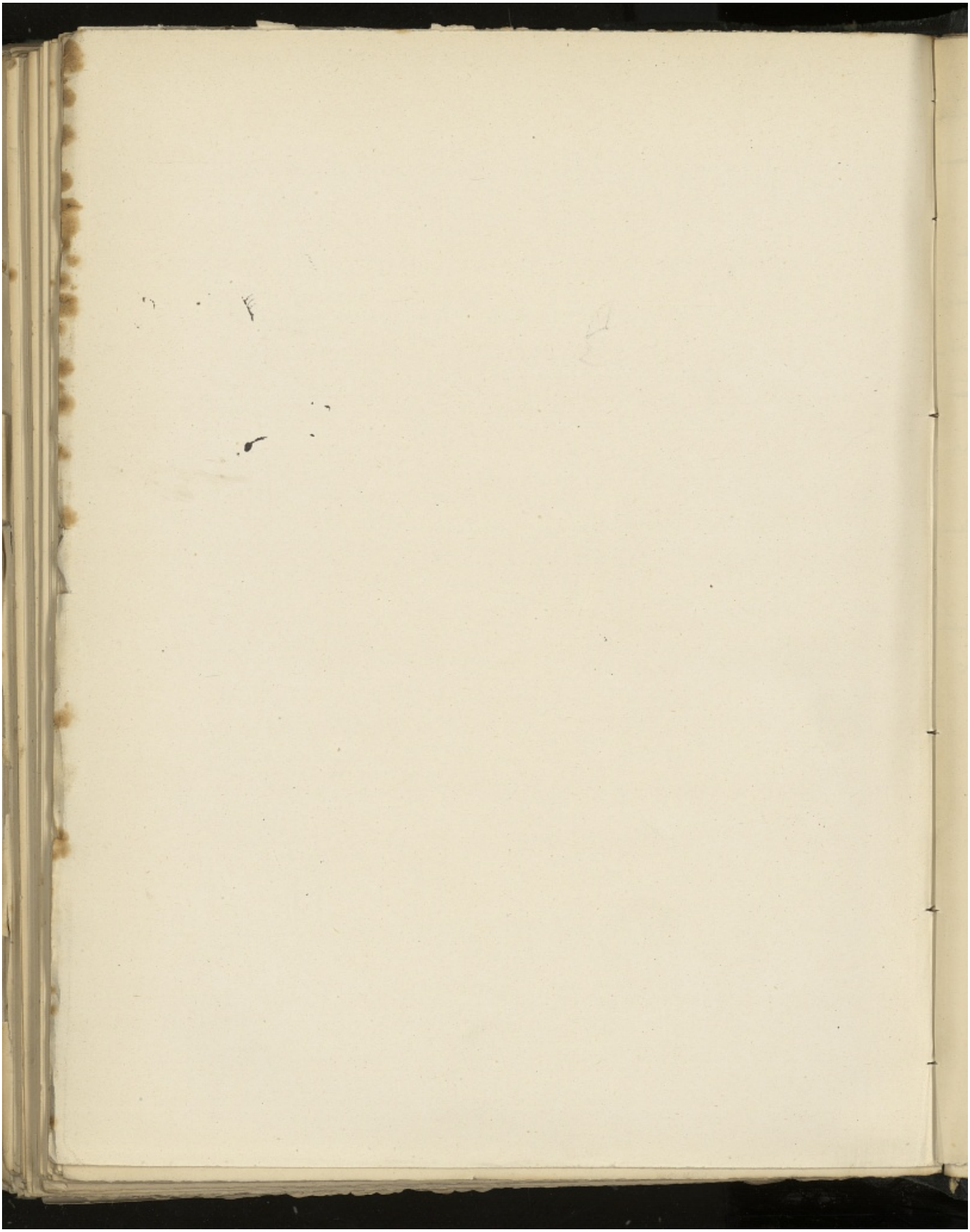
---

(1) Cantarano, Contributo alla casuistica della inversione dell'instinto sissuale. (La Psichiatria, 1883, Fasc. 3.—)

Plan du Discours que j'ai prononcé
à la Société Médico-Psychologique
le lundi 11 Novembre 1889.
Sur la Mélancolie.







57

25 octobre 89.

Dans le diagnostic différentiel du délire de persécution et de la Mélancolie anxieuse, indiquer les aphorismes :
1° Le persécuté a pour domaine le présent et le passé. On l'a persécuté dans le passé depuis son enfance, dans le présent, on le persécute à chaque instant.
2° Le Mélancolique anxieux a pour domaine L'Avenir. Il a, comme disait Lasègue, l'appréhension de l'avenir, ce qui est bien pire que le supplice actuel qu'un homme courageux supporte avec énergie, tandis que la crainte de l'avenir ouvre toutes les sphères de l'imagination du possible et de l'impossible et donne à la crainte tous les aliments surajoutés par l'imagination humaine ; c'est à dire l'illimité, l'infini, l'impossible et l'absurde et conduit par conséquent

aux limites de l'absurde, à l'impossibilité à l'immortalité, à l'idée d'être mort vivant, à la damnation éternelle, à l'énormité, c'est à dire au délire de négations de Cotard, comme la persécution conduit par l'orgueil au délire des grandeurs satisfait. L'un est l'orgueil et l'autre l'humilité. L'un est l'égoïsme et l'autre le sacrifice et le martyre... L'un accuse les autres, et l'autre s'accuse lui-même.

Consulter à ce sujet comme développement clinique, le mémoire de Régis au congrès de Médecine mentale.

---

11 9bre 89 59

Discours sur la Mélancolie et ses Variétés diverses

Après un court préambule sur l'historique de la Mélancolie d'Esquirol

Le Discours doit être divisé en deux parties :

1re Partie.

Mélancolies déjà détachées du grand groupe d'Esquirol

1° Mélancolie liée à la Paralysie générale,

2° Mélancolie alcoolique

3° Mélancolie liée à la Folie à double forme.

4° Mélancolie sénile avec accidents cérébraux ou démence sénile

5° Mélancolie liée à diverses névroses ou maladies cérébrales : Epilepsie, Hystérie, hypochondrie, Apoplexie, ramollissements, etc etc.

6° Délire de persécution avec les 4

périodes.

2me Partie.

Variétés de la Mélancolie que l'on est encore obligé jusqu'à nouvel ordre, de conserver dans la science, sous le nom générique de Mélancolies Vésaniques ou de Mélancolies proprement dites.

1°. Mélancolie avec conscience ou Mélancolie sans délire. (Hypochondrie morale)

2.° Mélancolie dépressive tendant à la stupeur à divers degrés ou à la stupidité

3.° Mélancolie anxieuse avec idées de ruine de culpabilité, de condamnation, de damnation, ou terreur imaginaire d'un danger imminent quelconque avec tendance progressive aux idées de négation, d'immortalité, d'énormité

à tendance aux transformations de la personnalité.

4° Mélancolie intermittente ou à type périodique se reproduisant sous forme d'accès, deux ou trois fois dans la vie.

C'est sur ces diverses formes ou variétés de la Mélancolie que je veux appeler la discussion de la Société parce que, malgré l'apparente uniformité de la dénomination, qui est encore conservée, faute de mieux, les divergences sont nombreuses entre nous, plus encore que sur les folies héréditaires et le délire Chronique et qu'il importe que, dans une Société comme la nôtre, chacun vienne apporter la pierre à l'édifice et la nuance de son opinion sur chacune de ses variétés et provoquer la discussion sur les points les plus controversés à l'époque actuelle sur ce sujet si vaste et si intéressant qui embrasse une grande étendue

de la pathologie mentale et mérite d'être soumis à une révision nouvelle par le travail collectif de toute une génération nouvelle de travailleurs.

Dans les années précédentes nous avons soumis à cette discussion à cette discussion et à cette révision les questions également palpitantes et actuelles des Folies héréditaires et du délire Chronique systématisé ou de délire de persécution et cette discussion, malgré les dissidences profondes qui n'ont pas amené un accord commun n'ont pas été sans profit pour la science et ont servi à nous éclairer les uns les autres. Il en sera de même, je l'espère, de la discussion que je cherche à provoquer aujourd'hui sur les diverses formes ou variétés de la Mélancolie.

Messieurs,

Vos longues discussions de ces dernières années sur la folie héréditaire et sur le délire chronique de persécution, si elles ont montré parmi nous de profondes divergences, n'en ont pas moins eu ce grand et utile résultat de prouver la nécessité d'une étude plus rigoureuse des faits, d'une exactitude et d'une précision plus grandes dans les termes et l'importance des distinctions à établir pour éviter une confusion regrettable.

Bien que les questions soulevées n'aient pas été complètement résolues, ces discussions ont favorisé le progrès de nos études spéciales, surtout en montrant dans quelle voie devront être dirigées les recherches nouvelles.

J'ai pensé qu'il pourrait être

également utile de consacrer une partie des séances de cette année à l'étude d'une autre catégorie de faits dont l'importance n'est pas moindre et je vous propose d'inscrire à l'ordre du jour de la Société la question des mélancolies. C'est un des problèmes les plus vastes et les moins bien limités de la pathologie mentale ; les auteurs, tant Français qu'étrangers n'ont guère fourni à son sujet, et en dehors de la symptomatologie commune, que des solutions vagues et contradictoires.

Esquirol considérait avec les anciens, avec Pinel, la mélancolie comme un délire partiel, seulement il la divisait en hypémanie, en délire partiel triste, en délire partiel expansif.

M. Baillarger vint ébranler la base même de la doctrine en montrant qu'un grand nombre de ces malades présentent un trouble général physique et mental

à la fois et que, par conséquent, le délire mélancolique est toujours un délire généralisé. En outre, il distingue et sépare dans ce vaste groupe une variété caractérisée par des conceptions hypochondriaques absurdes et relevant plus particulièrement de la paralysie générale. Je n'insiste pas sur les caractères de cette variété qui vous sont bien connus.

Vers la même époque, Lasègue isole une catégorie de malades, confondus jusque là avec les mélancoliques : il décrit les symptômes qu'ils présentent avec une telle netteté, une telle vérité d'observation que, d'emblée, le délire de persécution s'impose à tous comme une espèce distincte, n'ayant de la mélancolie que l'apparence et s'en distinguant par des différences radicales. Il me suffira de vous rappeler la plus essentielle peut-être de ces différences, qui consiste dans la façon dont chacune de ces malades subit les tourments : le persécuté ayant la conscience exagérée de son innocence

et de sa vertu attribue toutes ses souffrances à la malveillance et à l'injustice ; il en place la cause au dehors ; — au contraire, le mélancolique, se considérant comme coupable de grandes fautes, comme plein d'indignité, voit dans ses tortures un juste châtiment ; il place leur cause en lui-même.

Une autre séparation est encore faite par Lasègue dans le domaine des mélancolies. Je veux parler de son « alcoolisme subaigu qui, à notre point de vue spécial, serait mieux dénommé « hypémanie ou mélancolie alcoolique ».

La phase mélancolique de la folie circulaire a été aussi considérée par mon père et moi par Mr Baillarger, comme présentant des particularités notables. J'ai moi-même poursuivi cette étude, ainsi que celle des états mélancoliques liés à l'épilepsie et à d'autres névroses.

Les Mélancolies intermittentes mériteraient peut-être également d'être distinguées. Elles offrent, entre autres, une particularité remarquable dans leur période de rémission ou de guérison plus ou moins réelle : les malades, contrairement à la plupart des autres aliénés, parlent volontiers de leur maladie, n'ont aucune répugnance à revoir l'asile où ils ont été soignés. Il semble qu'il y ait en eux la vague conscience de leur retour probable

Bien d'autres divisions devraient encore être introduites et dans cet immense domaine des mélancolies. Il faudrait séparer par exemple, les états dépressifs liés aux intoxications autres que l'alcoolisme, ceux qui sont attribuables à la sénilité, ceux enfin qui relèvent des altérations organiques du cerveau, syphilitiques ou autres.

Toutes ces séparations, toutes ces éliminations opérées, nous restons en présence d'un résidu considérable, irréduc-

table à des formes mentales connues, et auquel on peut réserver au moins provisoirement et faute de mieux, la dénomination de mélancolie essentielle. Dans ce groupe restreint mais encore fort étendu on peut dès maintenant, reconnaître 3 variétés principales.

1° La Mélancolie avec conscience, dans laquelle le délire et les hallucinations font défaut. Le malade, en proie à une insurmontable tristesse, à une véritable hypochondrie morale en vient à un profond dégoût de l'existence et trop souvent, au suicide. Cette forme vers le calme, est des moins curables.

2° Vient ensuite la mélancolie avec stupeur bien décrite par M. Baillarger. Ici, la dépression physique et mentale atteint les dernières limites. Toutes les fonctions organiques sont réduites à leur minimum et il y a lieu de se demander parfois si

L'intelligence elle-même n'est pas atteinte de cette torpeur générale.

Cette forme, exigüe par excellence, guérit fréquemment.

3° Reste enfin la Mélancolie anxieuse, celle peut-être qui a été le plus superficiellement décrite par les auteurs. Dans cette forme, sur le fond général et fondamental de dépression, se développe un état d'angoisse craintive, d'appréhension douloureuse tel que le malade tout et lui-même, que le fait le plus insignifiant devient pour lui un véritable tourment. Toujours sur le qui-vive, ces malades emploient sans cesse des formules dubitatives qui expriment bien la cruelle incertitude dans laquelle ils vivent : « Je ne sais que faire, je ne comprends pas ce qui se passe, cela est bien extraordinaire, etc. »

Le passé semble ne pas exister pour eux ; le présent, ils ne s'en préoccupent

guère ; toutes leurs pensées, toutes leurs craintes sont pour l'avenir. Voilà la différence entre ces malades et les persécutés qui, comme l'a très bien indiqué Lasègue, se complaisent surtout dans le passé, qu'ils scrutent et interprètent sans relâche au gré de leur délire. Fréquemment, les mélancoliques anxieux ne peuvent rester en place ; ils s'agitent et poussent des gémissements continuels. Ainsi, Guislain et Morel les avaient-ils appelés des Gémisseurs. Cette anxiété profonde peut devenir une véritable terreur et déterminer des accès d'agitation assez violente.

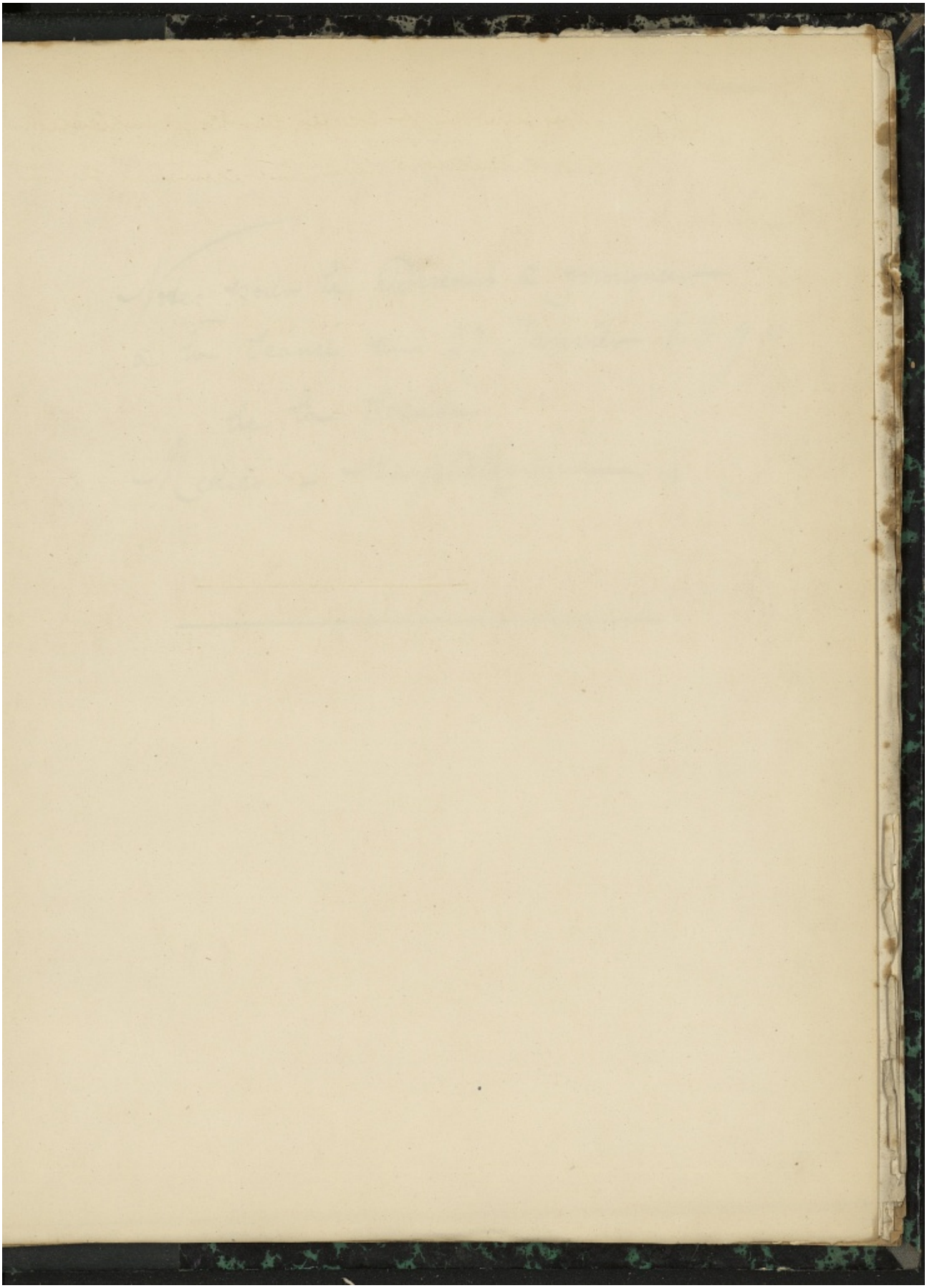
Tous ces symptômes de la Mélancolie anxieuse sont assez bien connus, ainsi que les hallucinations pénibles et les impulsions que l'on y observe. Ce qui l'est moins, c'est l'évolution de ce délire, la fréquence des idées de négation et d'immortalité au 7e moment du pas-

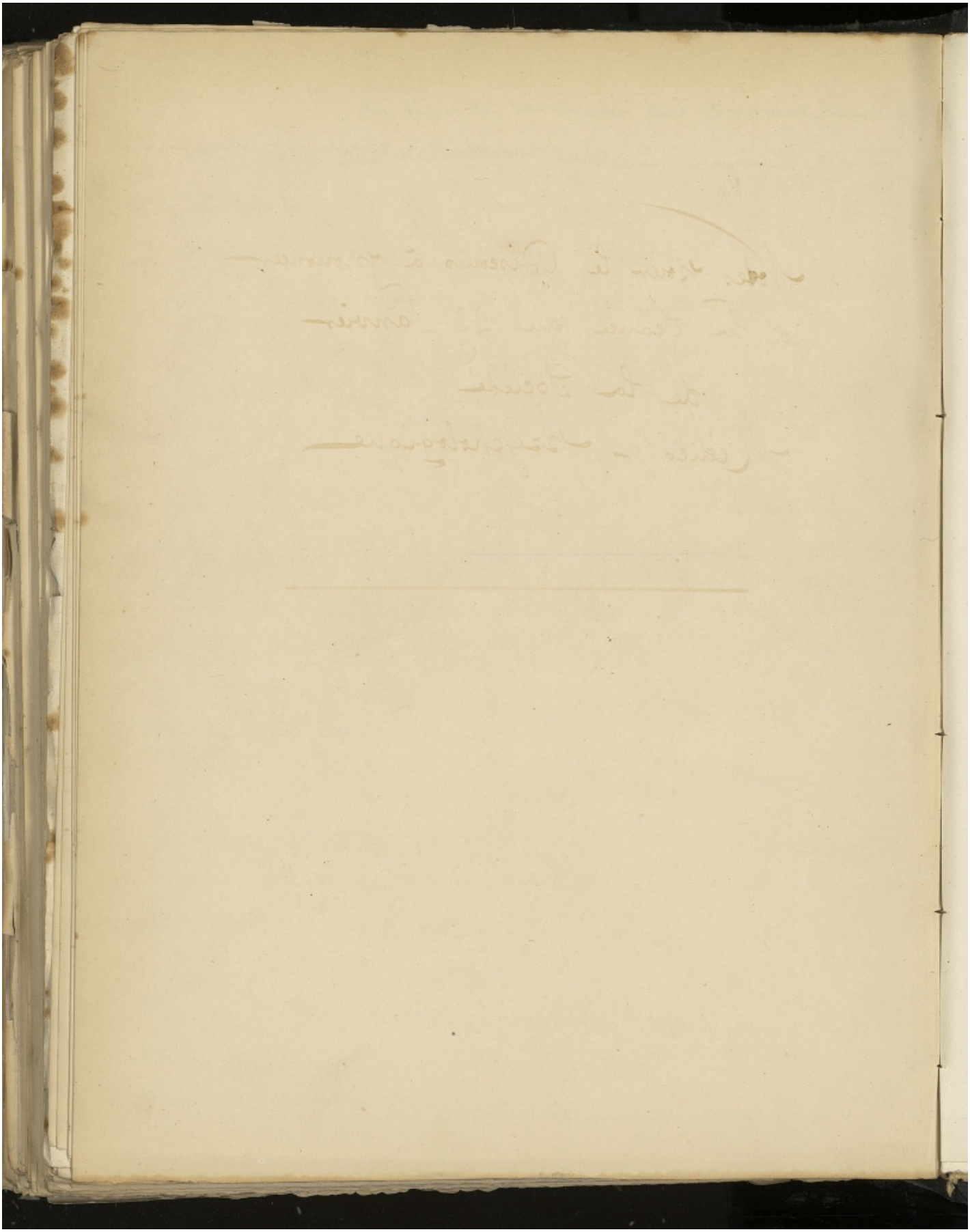
Tage à l'état chronique, enfin la transformation possible en délire de grandeur et d'énormité. Ces faits ont une importance capitale; la découverte en appartient sans conteste à notre éminent et regretté collègue Cotard, comme la découverte du délire des persécutions appartient sans conteste à Lasègue. Si l'on avait signalé, avant les travaux de Cotard, les idées de négation et d'immortalité chez les aliénés mélancoliques, personne avant lui ne leur avait attribué l'importance qu'elles méritent, n'avait indiqué ni leurs caractères spéciaux, ni leur signification diagnostique et pronostique.

Je termine ce rapide exposé dans lequel je n'ai eu d'autre but que d'indiquer les difficultés et aussi l'intérêt qui s'attachent à l'étude des états mélancoliques. Je voudrais vous avoir fait partager une conviction qu'il y aurait avantage pour notre science à provoquer

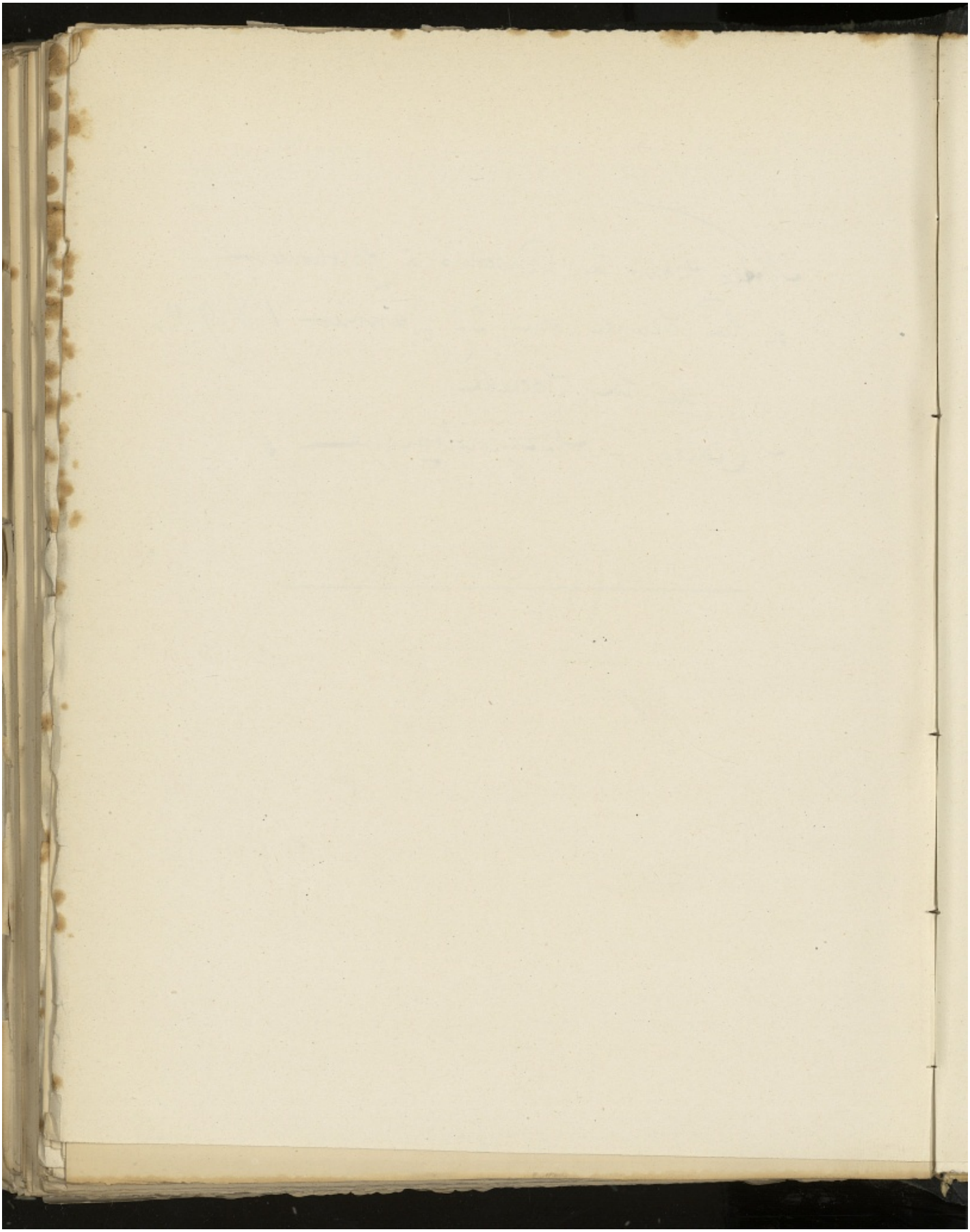
au sein de la Société des communications et des discussions sur cet important sujet

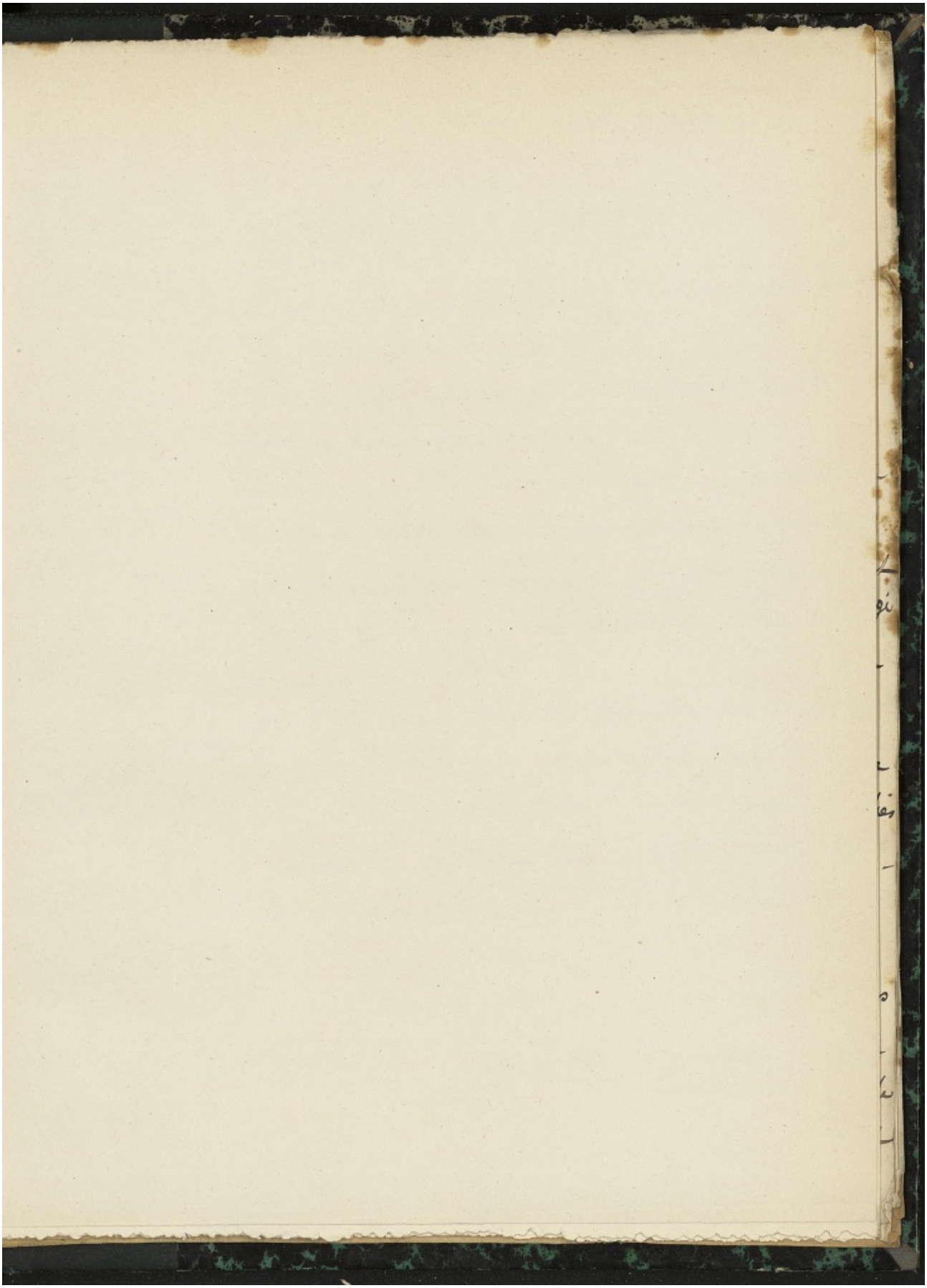
---

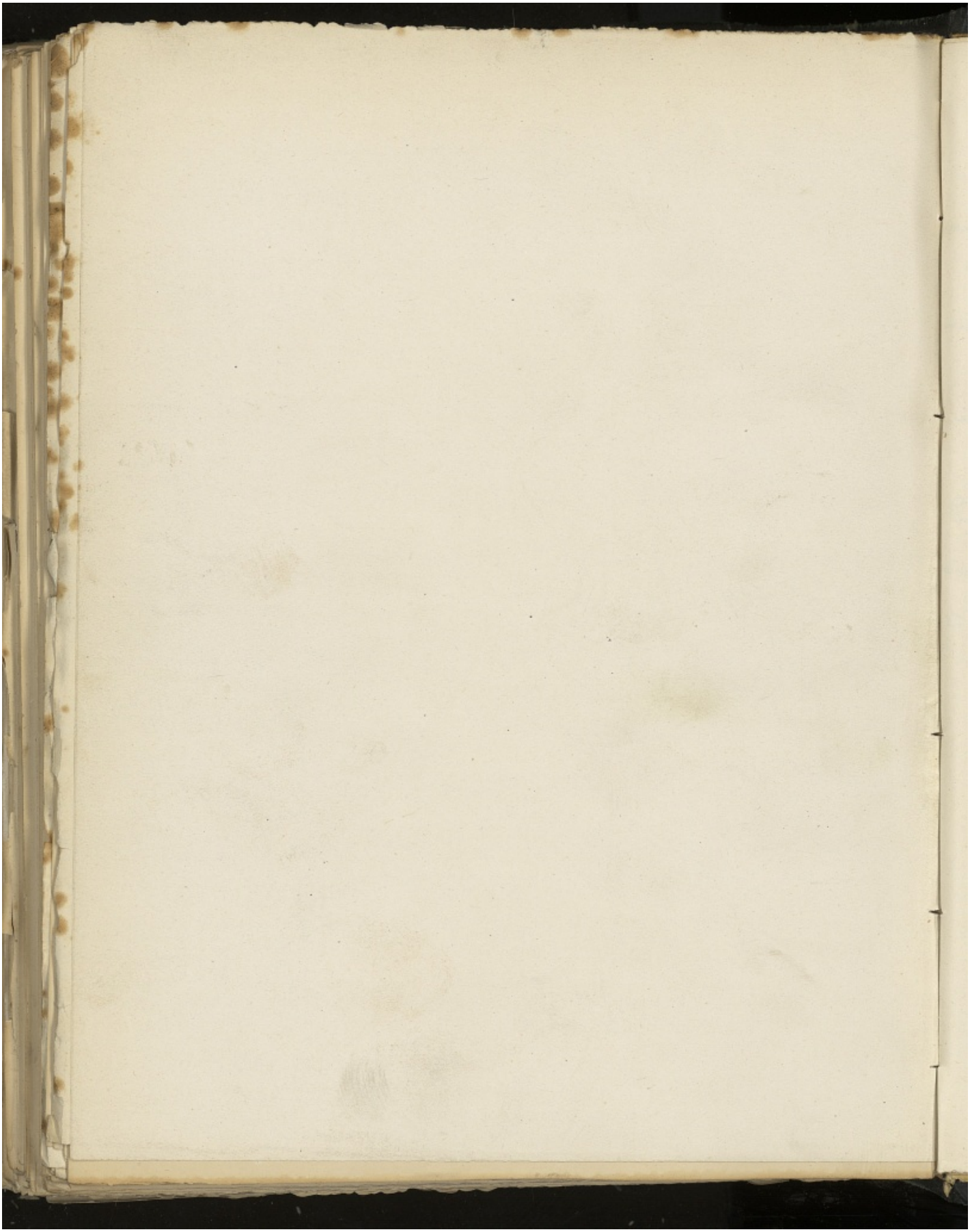




Notes pour le Discours à prononcer
à la Séance du 22 Janvier 1890,
de la Société
Médico - psychologique.







Passé de la Société médico-psychologique.

Fondation en 1852.
Membres fondateurs. Buchez, Cerise, Baillarger, Moreau, Garnier etc
Dualité de cette Société à l'origine à la fois philosophique et médicale
Discussions très nombreuses et très intéressantes pendant toute cette première période si glorieuse. Hallucinations. Paralysie générale, divers modes de l'assistance publique. Folie raisonnante.
M. Ritti devrait faire la monomanie au point de vue légal et la responsabilité partielle.
M. Ritti devrait faire l'histoire de cette période si brillante et si bien remplie de la vie de notre Société.

Présent.

La plupart des membres anciens et fondateurs de la Société ont disparu. Quelques rares survivants MM. Calmeil, Delasiauve, Baillarger.

Une nouvelle ère commence donc pour notre Société

Beaucoup de membres nouveaux ont été admis : La Société s'est infusé un sang nouveau et commence une nouvelle période qui ne sera pas moins brillante que la précédente.

Aspirations vers l'Avenir.

Nous sommes dans une période de transition et de renovation scientifique. Les anciennes doctrines qui ont suffi à défrayer trois générations tendant à disparaître
Les classifications de Pinel et d'Esquirol ont fait leur temps. Des idées nouvelles ont surgi successivement depuis 30 ans qui vont renouveler la science.
Paralysie générale, Folie circulaire, délire de persécution, dégénérescences, Obsessions et Folies avec conscience, Alcoolisme, Folies Epileptiques, hystériques et hypochondriaques, les diverses variétés de la Mélancolie, etc.

Tous les travaux nouvellement parus dans ces dernières années, se ressentent de ces idées nouvelles et en portent l'empreinte
Tout nous prouve qu'un grand mouvement

scientifique est en train de se produire. Des écoles rivales entrent en scène en attendant une nouvelle coordination générale des faits. Une noble émulation scientifique anime les nouvelles générations ; c'est à nous de favoriser l'éclosion de ce nouveau mouvement scientifique. Que la lutte soit ardente dans la science rien de mieux pour le progrès et l'avancement de nos études. La société est une tribune et non pas un jury. Mais que les luttes pour les principes ne dégénèrent pas en luttes personnelles et passionnées. Notre rôle est de prêcher la conciliation entre les personnes en favorisant la lutte entre les idées et au milieu des ardeurs de cette lutte pour l'avancement de la science, suivons les Statuts qui nous ont été donnés par nos devanciers et qui ont la pratique, l'union et la concorde depuis l'origine de la société malgré les divergences profondes qui les séparent souvent au point de vue des principes.

155 17

Séance du 28 Janvier 1889

Mr Chambard. Projet de discussion sur les dangers de l'hypnotisme.
Note sur le Sulfonal

Séance du 25 Février

Rapport sommaire de M. Ritti sur le congrès de médecine mentale.
Du cocaïnisme par M. Laury. Discussion par M. Seglas et M. Pichon.
Note sur un cas de démence consécutive à l'intoxication par l'oxide de carbone. Discussion par M. M Pichon et Garnier.
Observation sur une femme devenue aliénée à la suite de pratiques d'hypnotisme par Mr Lvoff.

Séance du 25 Mars.
Action du du Sulfonal.
(Moreau de Tours : rapport
Paul Garnier. Classification des mala-

ladies mentales
(réponse à ses divers adversaires)
Marandon de Montyel. Dangers du Sulfonal.

Séance solennelle du 29 avril

Rapport de M. Richon sur le prix Esquirol.
Eloge de Dechambre par M. Ritti

Séance du 27 Mai

Classification des maladies mentales: M. Ball. Projet de classification.
Le vote est renvoyé à la prochaine séance.
Observation de Coprolalie chez les dégénérés par le Dr. Brusque de Vaucluse.
Dangers du Sulfonal par M. Augu

Voisin
réponse de M. Miraudon de Montyel

Séance du 24 Juin

Un cas de cocaïsme aigu par Mr Henry.
Discussion avant le vote sur la question de classification des maladies mentales :
1° Vote repoussant la classification du rapporteur
2° Vote repoussant celle de M. Ball
3° Vote adoptant l'ordre du jour de M. Garnier, qui ne conclut pas.
Vote sur l'état mental des paralytiques généraux par M. Dupain.
Il conteste la valeur absolue du caractère de bienveillance qui leur est généralement attribué.

Séance du 29 Juillet

Automatisme ambulatoire chez une hys-

Lérique par Jules Voisin
Dangers du Sulfonal par M. Febré.

A la suite de cette séance vient le congrès de médecine mentale qui s'est tenu à Paris du 5 au 10 août et dont notre excellent confrère le Dr Dubié a fait le compte rendu résumé, en attendant la publication du volume officiel qui a été retardée mais qui aura lieu dans quelques mois.

Le compte rendu figure dans les séances de Novembre avec le commencement de la discussion sur la Mélancolie et ses diverses variétés qui sera elle-même suivie d'une discussion sur le morphinisme.

Vœux émis par le Congrès.

1° Classification des maladies mentales

2° Folie pénitentiaire et mal

3° Responsabilité des alcooliques.

4° Rapports de la Syphilis et de la Paralysie générale.

5° Sociétés de patronage.

6° Séquestration perpétuelle des Aliénés dangereux.

Plan du discours d'installation du bureau à prononcer le lundi 27 janvier 1890.

1.° Remerciements pour l'honneur qu'on m'a fait.

2.° Coup d'œil rapide jeté sur le passé, le présent et l'avenir de notre Société

3.° Compte rendu rapide des travaux de l'année courante et surtout du congrès, avec les vœux émis comme conclusions.

4.° Morts et nominations de l'année. Cotard.

5.° Indication des questions nouvelles à aborder dans la nouvelle année.

6.° Installation et questions de prise du nouveau bureau. Un mot sur Ritti pour Dechambre et le congrès sur Ball et sur Boucheraux que l'on invite à prendre la présidence.

Remerciements pour l'honneur que l'on m'a fait en me nommant pour la seconde fois Président de la Société, surtout à l'occasion du Congrès international qui a lieu dans le cours de l'année 1889. C'était la plus belle récompense que l'on pouvait me donner pour les efforts que j'ai faits pendant toute ma vie scientifique pour coopérer de mon mieux aux travaux de la Société et à la plupart de ses discussions. Je me trouve aujourd'hui Messieurs, dans une position presque exceptionnelle ayant déjà participé aux travaux de la Société presque depuis sa fondation et assistant maintenant à une phase toute nouvelle dans son existence. Je suis donc mieux placé que personne pour jeter rapidement un coup d'œil d'ensemble sur la vie de notre Société, sur son passé, sur son présent et sur son avenir. Fondée en 1841 par une réunion

d'hommes actifs, instruits et pleins de zèle pour la science, MM. Ferrus, Baillarger, Moreau de Tours, Cerise, Buchez, Peisse, Brière de Boismont, etc etc, elle a été douée dès sa naissance d'une vitalité qui ne s'est pas démentie un seul instant depuis 40 ans. Reposant d'abord sur une double base de la philosophie et la médecine unies sur le terrain commun de la physiologie et de la pathologie elle s'est par la force même des choses peu à peu éloignée de son point de départ et négligeant de plus en plus les questions philosophiques et physiologiques. Elle est devenue une véritable société de médecine mentale dans laquelle le côté pathologique a petit à petit, absorbé le côté philosophique.

Est-ce un bien? Est-ce un mal? Je n'ai pas à le décider ici mais cette transformation lente et successive de l'esprit et des tendances de notre société est un fait indiscutable et incontestable. Depuis son origine

Jusqu'à nos jours, la Société médico-psychologique a vécu d'une vie exceptionnellement active et a noblement et complètement rempli sa mission, et répondu aux vœux et aux espérances de ses fondateurs. Les questions les plus importantes et les plus controversées de la médecine mentale ont fait successivement l'objet de ses délibérations et ont donné lieu à des discussions sérieuses prolongées et dont les résultats ont été réellement utiles à la science. Il suffit de parcourir les procès verbaux insérés dans les Annales médico-psychologiques depuis 40 ans pour se rendre compte de l'immense travail accompli par notre Société pendant ce long intervalle de temps. Névroses extraordinaires, Hallucinations, Théorie de la Monomanie, Responsabilité totale ou partielle des aliénés, divers modes de l'assistance publique applicables aux aliénés, Paralysie générale, Folie raisonnante et Folie avec conscience, tels sont les sujets principaux qui ont occupé

notre société pendant de longues années et dont le compte-rendu résumé qu'entreprendra un jour notre zélé secrétaire général, le Dr Ritti, pourrait rendre un véritable service à la science en vulgarisant les idées fécondes déposées d'année en année dans les procès-verbaux imprimés dans les Annales médico-psychologiques!

BIU SANTÉ PARIS

