**Les causes de la folie, prophylaxie et assistance / par Edouard Toulouse.**


**Contributors**

Toulouse, Edouard, 1865-
Francis A. Countway Library of Medicine

**Publication/Creation**

Paris : Société d'éditions scientifiques, 1896.

**Persistent URL**

https://wellcomecollection.org/works/mvv7da5a

**License and attribution**

This material has been provided by This material has been provided by the Francis A. Countway Library of Medicine, through the Medical Heritage Library. The original may be consulted at the Francis A. Countway Library of Medicine, Harvard Medical School. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.

wellcome collection

Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
https://wellcomecollection.org

19.8.228

Digitized by the Internet Archive
in 2010 with funding from
Open Knowledge Commons and Harvard Medical School

http://www.archive.org/details/lescausesdelafol00toul

LES

# CAUSES DE LA FOLIE

---

## PROPHYLAXIE ET ASSISTANCE

# PRINCIPAUX TRAVAUX DU MÊME AUTEUR

---

**Etude clinique sur la mélancolie sénile chez la femme,** Th. Paris, 1891.

**Convulsions infantiles par alcoolisme de la nourrice,** *Gaz. des Hôpit.*, 1891, n° 98.

**Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau,** *Gaz. des Hôpit.*, 1892, n° 63.

**Les Hallucinations unilatérales,** *Gaz. des Hôpit.*, 1892, n° 65, et *British medical Journal*, 1892, 2e sem., n° 1.

**Syphilis, alcoolisme et paralysie générale,** *Gaz. des Hôpit.*, 1892, n° 85.

**Le choléra chez les aliénés,** *Tribune médicale*, 1893, n° 1.

**Le Délire des négations,** *Gaz. des Hôpit.*, 1893, n° 32.

**L'Inversion sexuelle chez les aliénés,** *Tribune médicale*, 1893, n° 11.

**Note sur un cas de délire des négations,** communication à la Soc. Méd. Psych., le 30 janvier 1893.

**Délire des négations à début précoce chez une mélancolique,** *Bullet. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, 1893, n° de mars.

**Hypnotisme et suggestion chez les aliénés,** *Tribune médicale*, 1893, n° 21.

**Psychoses post-influenziques et post-fébriles ; la confusion mentale,** *Gaz. des Hôpit.*, 1893, n° 61.

**Note sur quelques expériences dynamométriques chez les aliénés,** communication à la Société de Biologie, le 16 juin 1893.

**La paralysie générale juvénile,** *Gaz. des Hôpit.*, 1893, n° 96.

**Délire infectieux de la période post-puerpérale,** *Tribune médicale*, 1893, n° 35.

**Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales,** *Gaz. des Hôpit.*, n° 112, et *Nouv. arch. d'obstétrique et de Gynécologie* de Doléris, 1893.

**De la stupeur cataleptiforme dans le délire alcoolique aigu,** *Tribune médicale*, 1894, n° 6.

**Le problème de l'assistance des aliénés,** *Gaz. des Hôpit.*, 1894, n° 20, 22 et 30.

**Les troubles mentaux de l'urémie,** *Gaz. des Hôpit.*, 1894, n° 70.

**Amnésie rétro-antérograde à type continu et progressif par choc moral,** *Arch. de Neurologie*, 1894, n° 91.

**De la prédisposition et de l'hérédité dans les maladies mentales,** *Bullet. de la Soc. de méd. ment. de Belg.*, 1894, n° de sept.

**L'Alcoolisme,** *Tribune médicale*, 1894, n° 48.

**De l'hérédité dans les maladies mentales,** *Gaz. des Hôpit.*, 1895, n° 18.

**De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans l'étiologie des maladies mentales,** communication à la Soc. méd. psych., le 27 mai 1895.

James J. Putnam
1897

# LES CAUSES

DE

# LA FOLIE

## PROPHYLAXIE ET ASSISTANCE

PAR

**ÉDOUARD TOULOUSE**

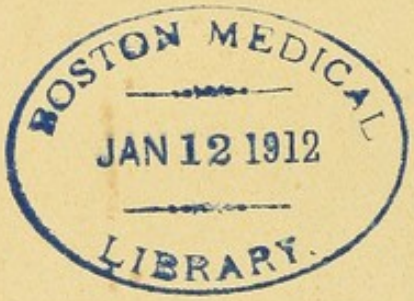
CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MÉDECIN DE L'ASILE SAINTE-ANNE.




PARIS
SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES
4, RUE ANTOINE-DUBOIS, 4

1896
*Tous droits réservés*

9980



# INTRODUCTION

La cause d'une maladie est son antécédent nécessaire, c'est-à-dire l'ensemble des conditions qui, une fois données, la produisent forcément. Telle est la définition logique que l'on doit donner de la cause en pathologie. Or combien rarement découvre-t-on le véritable élément étiologique d'un accident morbide? Entre les symptômes objectifs d'une maladie et les causes qui semblent l'avoir déterminée, il y a toute une série de phénomènes qui s'enchaînent et se commandent mutuellement et que nous ne connaissons guère.

Même dans les cas les plus simples, par exemple une fracture traumatique directe, nous ne savons souvent que deux choses, d'abord qu'un corps solide a frappé une surface osseuse en un point, et ensuite que l'os a été brisé. Mais que d'anneaux ignorés unissent les deux extrémités de cette chaîne de phénomènes qui vont du choc à la fracture ! La direction exacte du corps et sa force de projection, la position du membre, l'état de contraction des muscles, et surtout la résistance des tissus peuvent, bien rarement, être tous établis avec quelque précision. Et cependant il y a, parmi ces conditions, telles qui feront que dans des cas analogues, chez le même sujet et surtout chez d'autres personnes, un traumatisme semblable ne produira pas un effet identique.

Si l'on prend des exemples dans la pathologie interne on retrouve des difficultés plus grandes encore. Comment, par exemple, un individu est-il devenu phthisique ? On sait aujourd'hui que la cause la plus immédiate est la pénétration du microbe de Koch dans letissu pulmonaire ; et le mode d'action histologique du bacille est même connu dans beaucoup de ses détails. Mais pourquoi ce micro-organisme a-t-il envahi les cellules de cet individu, et non pas celles d'un autre exposé au même danger d'infection, et pourquoi ses cellules actuelles et non celles d'une de ses personnalités anatomiques antérieures ? On fait alors intervenir d'autres notions étiologiques, la prédisposition héréditaire ou encore un état de débilitation accidentel ; mais en somme, on ne sait pas quelles sont exactement les conditions biologiques des cellules qui permettent à tel microbe de vivre et de se reproduire.

En médecine mentale, l'étiologie est encore plus obscure, si c'est possible. On pourrait la comparer à ce qu'elle est dans les maladies diathésiques, celles que M. Bouchard attribue à un ralentissement de la nutrition, au diabète, à la goutte, à la gravelle. Encore, dans ces symptômes morbides, existe-t-il des lésions objectives, mesurables d'une façon plus ou moins exacte.

Les altérations des urines et du sang, les manifestations articulaires, les troubles du côté du foie, des reins, de la vessie, indiquent la marche des accidents pathologiques et plus ou moins leur pathogénie. On est sur quelque chose de tangible, dans le domaine de l'expérimentation habituelle aux médecins, qui peuvent là se servir de leur méthode et de leurs instruments ordinaires. Et encore que d'inconnues ? Connaît-on la raison

intime qui fait que les tissus, par suite de la quantité, de la qualité ou du rhythme de leurs échanges nutritifs, sont capables de présenter telle ou telle modalité de la diathèse arthritique sous l'influence d'un accident morbide banal ?

Dans les psychoses, entre la cause apparente la plus rapprochée et le délire, qui est le symptôme le plus frappant et le mieux étudié, la lacune est encore plus vaste. Un homme devient fou à la suite d'une émotion ; une femme perd la raison après un accouchement. Entre les troubles intellectuels et le *shock* moral ou la parturition, que d'intermédiaires ! On en connaît quelques-uns, des phénomènes de dépression nerveuse ou d'intoxication. Mais, dans la série des actes biologiques qui retentissent les uns sur les autres, comment distinguer ceux qui sont les vrais générateurs du délire ? D'autant que leurs effets sont au plus haut point inconstants, et qu'une infection déterminera ici une psychose et ailleurs laissera l'intelligence intacte ; et qu'en fin de compte, on ne voit pas le plus souvent de rapport bien net entre le fait étiologique et la variété psychopathique observée. Et cependant, il doit y avoir nécessairement une forme physico-chimique spéciale d'infection qui doit déterminer le plus fréquemment des troubles intellectuels. Mais quelle est-elle ? Quels en sont ses aspects objectifs ?

C'est que le délire vésanique semble être un aboutissant de toutes sortes de lésions anatomiques ou fonctionnelles de l'organisme, ce qu'est par exemple la fièvre, c'est-à-dire un syndrôme de pathologie générale. Comment, dans un ensemble d'idées délirantes, ainsi que dans une courbe thermique, retrouver le fait pathogénique qui les a produites les unes et les autres ? Bien

rarement, les unes et les autres conservent, reconnaissable par nous, le souvenir de leur étiologie. Alors, on en est réduit à accuser une foule de phénomènes physiques, physiologiques, pathologiques et sociaux, d'être les facteurs de l'aliénation mentale. Et dans cette indigence de notions étiologiques précises, l'hérédité, la prédisposition acquise ou congénitale, sont devenues les vraies causes, presque les seules qui paraissent avoir quelque matérialité.

Bien que la question soit extrêmement vaste, elle pouvait être étudiée dans un livre ayant des proportions limitées sans prétentions à une bibliographie complète. Je me suis donné pour tâche d'exposer simplement les faits et d'essayer de les systématiser, en faisant tous mes efforts pour me débarrasser des opinions préconçues, qui encombrent toutes les sciences d'observations et particulièrement la médecine mentale. Et pour commencer, j'ai rompu avec toutes les classifications des causes, qui sont basées sur des idées plus théoriques que cliniques.

Je consacrerai un chapitre un peu long à l'étude de la prédisposition, héréditaire, congénitale ou acquise. Les autres éléments étiologiques seront étudiés sous un groupement qui respectera le plus grand nombre de leurs liens naturels. C'est ainsi que j'examinerai les causes sociales, biologiques, physiologiques, morales, physiques et pathologiques, ces dernières comprenant les intoxications, les maladies infectieuses, générales, viscérales et du système nerveux.

Je n'attache aucune importance à ma classification, qui est purement arbitraire et faite pour la commodité de la description; et je conviens volontiers qu'il n'y a

pas de groupes qui ne contienne un élément rattachable à d'autres par certains côtés. Ainsi la puerpéralité qui fait partie, par la grossesse, des conditions physiologiques, appartient aussi, par les septicémies, aux maladies infectieuses, c'est-à-dire aux causes pathologiques. La faute en est donc aux phénomènes, qui ne sont jamais simples. Toutefois les groupements que je propose sont encore assez naturels et peuvent prêter, par exemple, les causes morales, les intoxications, les infections, à des considérations générales communes.

Un dernier mot. Je donne au terme *folie* le sens le plus étendu, qui est celui de trouble congénital ou acquis, court ou prolongé, des facultés intellectuelles, affectives ou volontaires. Il n'y a rien pour moi qui sépare les délires symptomatiques, par exemple les délires dits fébriles, de ceux appelés vésaniques. L'hyperthermie peut exister chez ceux-ci et manquer chez ceux-là. Il n'y a donc, le plus souvent, que la durée ou des nécessités de sécurité sociale qui commandent ou non la séquestration. On conçoit que ce ne sont pas là des *criteria* suffisants pour établir une division scientifique. D'autre part on a essayé de marquer une différence entre l'aliénation mentale, groupe générique de toutes les imperfections psychiques, et la folie, laquelle serait une aliénation caractérisée par la perturbation accidentelle et inconsciente de la raison (Régis). Mais un individu déséquilibré dès sa naissance et un mélancolique lucide sont pourtant des fous, au sens vulgaire du mot, le seul que l'on doive accepter. Car ni la morale, ni l'hypothèse extra-scientifique du libre arbitre ne peuvent fournir une base solide à une définition rationnelle de la folie, qui est en résumé la condition des individus qui raisonnent, s'émeuvent et agissent

d'une façon anormale, ce qui les isole, les *aliène,* c'est-à-dire les rend étrangers à leur milieu. Toutefois, dans ma description, j'aurai surtout en vue les délires plus que les états d'infirmité intellectuelle (idiotie et imbécillité), et notamment ceux qui, par leur durée, leur systématisation ou leur nocuité, provoquent ordinairement l'internement du malade, qu'une mesure de préservation et d'assistance publiques classe ainsi parmi les aliénés marqués de l'estampille officielle.

La matière d'une grande partie de ce livre a constitué l'objet d'une série de conférences, que M. le Professeur Joffroy a bien voulu me charger de faire à la Clinique des maladies mentales de la Faculté, à l'asile Sainte-Anne. Que ce Maître estimé, dont, à plusieurs reprises, je rappelle, dans ce livre, les excellentes leçons, reçoive ici l'hommage de ma vive gratitude.

Paris, août 1895.

# LIVRE I

## PRÉDISPOSITION VÉSANIQUE

De tous temps, on a remarqué que sur un grand nombre de personnes également exposées à l'action d'une cause morbide, les unes résistaient et les autres se laissaient envahir par la maladie. Afin d'expliquer cette différence, on a dit que certains individus étaient plus prédisposés que d'autres à subir tel processus pathologique. Pour quelques maladies très contagieuses, le choléra, la variole, etc..., la prédisposition se rencontre chez tant de sujets, qu'on ne la signale pas ; on déclare alors réfractaires ceux qui échappent à leur action. Mais pour les maladies nerveuses et surtout mentales, la proportion est inverse, et les réfractaires sont tellement nombreux qu'on s'occupe beaucoup plus des prédisposés.

Qui ne se trouve, une fois dans sa vie, dans une des conditions étiologiques des psychoses ? La perte d'un être cher, une maladie infectieuse, une période de surmenage physique ou mental sont des incidents banals et qui manquent rarement dans l'existence de la plupart des individus, qui, le plus souvent, les supportent sans dommage intellectuel. Si, à leur occasion, certains perdent la tête, c'est probablement qu'ils ont la tête plus faible que la moyenne des gens. Pourquoi ? On a remarqué que souvent ces malades avaient dans leurs familles des parents atteints de tares analogues aux leurs ; dans d'autres cas, on a constaté chez eux la coïncidence de troubles survenus durant leur évolution embryogénique ; enfin, parfois encore, ces individus paraissaient n'être devenus aptes à délirer qu'après un accident pathologique (traumatisme, fièvre grave), qui avait profondément modifié leur tempérament.

La prédisposition peut donc avoir des facteurs héréditaires ou congénitaux ou bien encore être acquise par l'individu, et c'est ainsi que je l'envisagerai.

Je commencerai par l'étude de l'hérédité, considérée d'abord en biologie et dans la pathologie générale pour que l'on comprenne ensuite mieux son rôle dans les maladies mentales.

BOSTON MEDICAL
JAN 12 1912
LIBRARY

# CHAPITRE Ier

## FACTEURS HÉRÉDITAIRES

### ARTICLE Ier

#### L'HÉRÉDITÉ EN BIOLOGIE

1. Définition. — « L'hérédité biologique, dit M. Sanson (1), dans une définition qui est encore la plus juste de toutes celles données, est la transmission des ascendants aux descendants par voie de génération sexuelle, des propriétés ou qualités naturelles ou acquises ».

Relativement à son mode de transmission, l'hérédité est appelée *directe* ou *immédiate* lorsqu'elle s'exerce des générateurs à leurs enfants ; *médiate* quand elle saute une génération ; *unilatérale* ou *bilatérale*, selon qu'elle manifeste l'influence d'un seul ou des deux géniteurs, et dans le premier cas, elle est dite *croisée*, quand elle va de la mère au fils et du père à la fille. Par abus de langage, on admet encore une hérédité *collatérale*, qui ferait transmettre de l'oncle au neveu, d'un cousin ou d'un frère à un autre, des qualités qui, en réalité, sont données par un aïeul commun. Par l'*atavisme*, l'individu tend à ressembler à un de ses ancêtres plus ou moins éloignés.

On dit encore en médecine que l'hérédité est *latente* durant la période de temps où elle est silencieuse chez un sujet dont, par exemple, les descendants sont déjà frappés ; alors elle est *anticipée* dans son action sur ces derniers. Elle peut être aussi *accumulée*, si plusieurs ascendants ont été atteints, *progressive* si elle tend à aboutir à la dégénérescence d'une race, *régressive*, si elle tend au contraire à disparaître d'une famille. Enfin elle est *homochrone*, lorsqu'elle se manifeste à la même période de la vie ; c'est même une loi de l'hérédité de manifester son influence à des époques biologiques identiques. Les organes génitaux se développent à la

(1) Sanson. *L'hérédité normale et pathologique*, 1893, 2.

puberté, de même l'hérédité pathologique peut se montrer à des périodes correspondantes. Relativement à ce qu'elle transmet, on dit que l'hérédité est *similaire* ou *dissemblable,* selon que les caractères, notamment les maladies, sont les mêmes ou non que ceux observés chez les ancêtres. Bien qu'il est clair que cette force biologique ne peut transmettre que ce qu'elle a, l'expression n'est pourtant pas tout à fait vicieuse. Si le fonds légué est le même, la forme peut varier, et c'est à elle seule que s'adresse le terme dissemblable.

Dans une autre variété, dite hérédité par imprégnation ou par influence (1), que certains naturalistes disent avoir observée, le premier mâle qui féconderait une femelle laisserait en elle une empreinte telle que les rejetons ultérieurs, nés en dehors de son action, lui ressembleraient. La chose n'est pas inexplicable, comme le faisait remarquer récemment M. Bouchard (2). On peut en effet concevoir que l'embryon né du premier mâle a hérité de lui un taux d'activité nutritive, qui, par les échanges entre son sang et celui de la mère qui le porte, tend à modifier les cellules de cette dernière et à leur donner le type qui le caractérise. Cette femelle reste ainsi modifiée et, étant plus tard fécondée par un autre mâle, pourra à son tour imposer à l'embryon nouveau les habitudes nutritives du premier fœtus qu'elle a développé. On comprend très bien qu'un mâle chétif détermine de cette manière chez les femelles qu'il féconde des troubles de la nutrition qui vicient la constitution de ces dernières, lesquelles à leur tour ne sont plus capables d'avoir de beaux et vigoureux produits.

Tous les phénomènes héréditaires peuvent se prêter à quelques considérations générales. Il faut d'abord admettre que seuls doivent être appelés héréditaires les *caractères ou altérations pathologiques qui sont transmises de l'ascendant au descendant par l'ovule ou le spermatozoïde.* C'est un point très important, car la congénitalité tient, comme on va le voir, autant de place que l'hérédité véritable dans les études entreprises sur ces questions. En second lieu, on doit concevoir l'hérédité comme un mélange de tendances biologi-

(1) F. Regnault. De l'imprégnation ou hérédité par influence. *Gaz. des Hôpitaux,* 1894, 1017.

(2) Bouchard. La nutrition envisagée au point de vue médical, *La Semaine médicale,* 1895, 104.

ques dérivées de deux individus générateurs et de leurs parents et s'efforçant chacune de prévaloir sur le produit. De ce conflit, les influences ancestrales plus anciennes, c'est-à dire l'atavisme, sortent le plus souvent victorieuses et imposent le type de la race. En outre dans la lutte des deux puissances sexuelles, représentant les deux familles, c'est le parent le mieux doué qui triomphe. En cas de partage, il n'y aurait qu'une simple association des caractères et non une fusion intime, si l'on en croit les zoologistes (1). Cela détruirait l'hypothèse de l'innéité de Lucas (2), d'après laquelle les deux germes, se combinant parfois à la façon des corps chimiques, produiraient un individu ne ressemblant ni à l'un ni à l'autre des générateurs, c'est-à-dire entièrement nouveau.

2. Théories de l'hérédité. — Les théories de l'hérédité sont nombreuses et ont été maintes fois exposées (3). Elles peuvent se grouper sous deux chefs : les unes veulent expliquer l'hérédité par une transmission de mouvement, les autres par une transmission de substance. Au premier groupe appartiennent les opinions de His, Pflüger et Hœckel (4), qui pensent que la ressemblance des descendants est surtout due à ce fait que les molécules ont la même tendance à se grouper chez eux comme elles l'étaient chez leurs ancêtres. C'est Darwin (5) qui a répandu la théorie de la *pangenèse* que l'on retrouve formulée d'une façon plus ou moins semblable dans des auteurs antérieurs à lui. D'après le célèbre naturaliste anglais, chaque organe formerait des *gemmules* pouvant les reproduire et allant se placer dans les cellules sexuelles. Issus d'or-

(1) Sanson. (Ouvr. cité, 195), rapporte qu'on a marié des juments à garrot bas à des étalons à garrot haut et qu'on n'a pas obtenu des produits moyens.

(2) Lucas. *Traité philosoph. et physiol. de l'hérédité naturelle*, 1847, I, 97 et suiv.; c'est en se basant sur cette hypothèse de Lucas que M. Zola a conçu son docteur Pascal.

(3) Dejerine. *De l'hérédité dans les maladies du système nerveux*, 1886, 3 et suiv. — Féré. *La famille névropathique*, 1894, 4 et suiv. — Sanson, Ouvr. cité. 18 et suiv. — Vialetton. Des princip. théories de l'héréd. *Arch. d'Anthropol. crimin.* 1893, 635.

(4) Hœckel. *Histoire de la création des êtres organisés*, traduit par Létourneau, 1874. 178 et suiv.

(5) Charles Darwin. *De la variation des animaux et des plantes, etc.*, II, 398.

ganes qui se modifient durant la vie, ils peuvent donc transmettre aux descendants les caractères acquis par l'individu.

Weismann (1) a émis une hypothèse très originale et qui a eu un grand retentissement. Il admet que l'hérédité s'opère par la transmission d'éléments très petits, les *déterminants*, qui eux-mêmes contiendraient des *biophores*, unités vitales. Chaque biophore aurait une des propriétés qui caractérisent une variété de cellule. Un groupe de ces petits corps formerait un déterminant qui donnerait à la cellule son type spécial. La lutte pour la vie assurerait le triomphe aux déterminants les plus forts. Ainsi dans l'embryon procréé par un brun et une blonde, les déterminants bruns et blonds luttent, et les uns ou les autres sont victorieux, mais il n'y a pas fusion entre eux. La variété des types serait donc provoquée par le mélange des *déterminants* fournis par chaque générateur. L'atavisme s'expliquerait par ce fait que des déterminants, n'ayant pu se développer durant plusieurs générations, quoique régulièrement transmis, arriveraient tout à coup à imposer leur forme cellulaire à un nouvel être. Si ces éléments héréditaires, sans avoir pu s'extérioriser tout en existant chez des ancêtres, se manifestent chez un oncle et un neveu ou chez deux frères, on aura ce qu'on a appelé l'hérédité collatérale.

Veismann fait encore remarquer que la substance vivante considérée dans son état le plus simple est immortelle. Ainsi, chez les êtres unicellulaires, les amibes, la propagation se fait par scissiparité; dans la division, les deux portions sont également vieilles et aussi vieilles que l'espèce. Chez les animaux se reproduisant par voie sexuelle, l'homme par exemple, l'ascendant meurt après avoir procréé des rejetons. Mais le plasma germinatif est représenté là aussi par le noyau de la cellule qui continue de vivre et se dédouble comme celle des amibes. Une moitié formera l'embryon par ses subdivisions successives et l'autre se subdivisera aussi de telle sorte qu'un lot de plasma germinatif passera dans toutes les cellules formées et jusque dans chaque cellule sexuelle. Ce qui fait que chacun de ces corps élémentaires, et par suite les embryons qui en naissent ultérieurement, possèdent un plasma con-

(1) Weissmann. *Essai sur l'hérédité et la sélection naturelle*, traduit par H. de Vasigny, 1892.

temporain de l'individu qui les porte et qui n'est pas son produit. Le rejeton ne peut donc pas hériter de ses parents. Aussi Weismann explique l'apparente hérédité des caractères acquis par l'individu par ce fait que le milieu extérieur (infection, intoxication, climat, etc.), influe sur la nutrition des germes portés par les ascendants.

Cette dernière théorie nie donc l'hérédité des caractères acquis, et par conséquet des maladies, ce qui est un dogme médical. Il est donc nécessaire de discuter cette question résolue de part et d'autre d'une façon si opposée.

3. Hérédité des caractères acquis. — On sait que Darwin (1) a montré que l'hérédité a surtout pour action de transmettre les caractères du plus apte dans la lutte pour la vie et de les maintenir tant qu'ils sont utiles à l'espèce. Elle fixerait aussi les modifications organiques avantageuses déterminées par une action répétée et longuement continuée du milieu. Mais les caractères acquis par l'individu, de par le seul fait de l'usage qui développe les organes, se transmettraient rarement. Bien que Darwin donne parfois une certaine importance à cette dernière fonction de l'hérédité, celle-ci a été surtout admise par Lamarck (2) dont les idées ont été récemment encore défendues par Spencer (3).

Dans ces derniers temps, l'opinion Lamarckienne, ainsi qu'on l'appelle, a été vigoureusement attaquée par Weismann (4) et Wallace (5) qui se sont attachés à montrer qu'elle ne reposait sur aucune preuve certaine. W. P. Ball (6) a résumé dans son petit livre, traduit il y a quelque temps en français, les principales objections que l'on peut adresser à cette hypothèse. Les mutilations, dit-il

(1) Darwin. *De l'origine des espèces.*

(2) Lamarck. *Philosophie zoologique.*

(3) Spencer. *Principes de Biologie*, The inadequacy of natural selection, anal. in *Revue Philosop.*, 1894, XXXVII, 102.

(4) Weismann. *Essai sur l'hérédité*, trad. H. de Varigny, 1892.

(5) Wallace. *Le Darwinisme*, trad. H. de Varigny (Bibliothèque évolutionniste).

(6) W. P. Ball. *Les effets de l'usage et de la désuétude sont-ils héréditaires ?* Trad. H. de Varigny, 1891. (Biblioth. évolutionniste).

ne sont presque jamais héréditaires. Ainsi depuis plusieurs siècles, les Juifs sont forcés d'opérer la circoncision (1) chez les nouveaux-nés. La perforation du lobule de l'oreille est toujours nécessaire chez les filles, ainsi que la déchirure de l'hymen des vierges. On a écourté durant de nombreuses générations la queue des chevaux et les oreilles des bouledogues sans qu'elles deviennent congénitalement moins longues. Par contre, les individus accidentellement mutilés, les amputés par exemple, transmettent à leurs enfants le membre qu'ils ont perdu. Il faut rapprocher de ces faits les tentatives infructueuses pour créer des variétés d'animaux présentant l'absence congénitale d'un organe. On a accouplé ensemble des bovidés nés sans cornes, mais leurs produits venaient au jour avec l'appendice qui manquait à leurs parents (Sanson).

On n'observe pas d'habitude chez les descendants les stigmates professionnels ni les hautes qualités intellectuelles des ancêtres.

La plupart des cas où des caractères acquis ont été transmis et des caractères tombés en désuétude perdus sont justiciables de l'hypothèse de la sélection naturelle. Par exemple, si les crustacés des cavernes ont perdu leurs yeux et conservé leurs pédoncules, les uns et les autres non exercés, c'est que la sélection a supprimé l'œil exposé à des blessures — et en cela il y a eu profit pour l'espèce — mais a conservé les pédoncules, seulement inutiles, et malgré la désuétude prolongée. L'augmentation du pis des vaches et des chèvres, l'élargissement de la poitrine des montagnards, la plus grande fécondité des animaux domestiques tiennent peut-être à ce que la sélection naturelle tend à « agrandir des organes qui sont de plus en plus exercés, et d'économiser sur ceux qui sont le moins demandés ». La difficulté de l'explication de tous ces faits tient à ce que « les effets de la sélection naturelle sont communément traduisibles comme effets de l'usage et de la désuétude, tout comme l'adaptation dans la nature est traduisible dans la langue téléologique (2). Mais quand les processus sont opposés, la sélection appa-

(1) D'après Leidesdorff et Hœckel, le prépuce serait parfois incomplètement développé ou absent dans les races sémites. (Hallopeau. *Pathol. génér.*, 1887, p. 15). Mais cette anomalie se rencontre aussi quelquefois chez des nouveaux-nés appartenant à d'autres races, sans qu'on puisse invoquer l'hérédité d'une mutilation.

(2) W. P. Ball. Ouvr. cité, 77.

raît comme toute puissante. Sans elle, l'homme s'assierait sur des callosités et aurait des sabots pour marcher, le cœur toujours en mouvement acquerrait des dimensions incommodes, et les dents molaires, s'hypertrophiant par suite d'un travail plus fréquent, empêcheraient les incisives de se rejoindre (1).

On vient de voir que certains faits de transmission apparente de caractères acquis peuvent être expliqués par l'influence de la sélection naturelle. D'autres faits pourraient s'interpréter autrement, par l'action des mêmes causes qui modifieraient l'individu et ses rejetons avant la naissance (Weismann), avant même la fécondation. Car il est évident que la prospérité des germes dépend de celle de l'organisme où ils vivent. Si l'individu est mal nourri, ses cellules germinatives en souffriront et les rejetons seront débiles, quelle que soit la cause morbide qui a agi chez les parents (syphilis, tuberculose). Il n'y a pas là hérédité au sens de transmission, par voie génératrice, d'un caractère défini de l'ascendant au descendant.

D'autres cas peuvent se comprendre autrement. L'hérédité de hautes qualités intellectuelles artistiques ou littéraires (Ribot) (2), est souvent explicable par la culture spécialisée que reçoivent les enfants dans des familles de peintres, de musiciens et de savants. L'éducation ne doit certainement pas avoir été étrangère au développement des facultés artistiques des Titien, des Ténieer, des Bach et des Mozart, ou des aptitudes scientifiques des Bernouilli et des Jussieu. L'habileté professionnelle est souvent le résultat d'une éducation précoce. La myopie pseudo-héréditaire des horlogers (3) n'est-elle pas causée chez les pères et les fils par les mêmes fatigues et peut être par une sélection à rebours qui éloigne de ce métier les presbytes?

Enfin la contagion de l'exemple peut expliquer le développement des mauvaises mœurs; et là encore il s'agit d'éducation à rebours.

L'hérédité d'exercice s'observe donc rarement à l'état isolé. Presque toujours d'autres facteurs mêlent leurs actions à la sienne, embrouillant ainsi le problème. Toutefois est-on en droit de nier

(1) W. P. Ball. Ouvr. cité, 109 et 110.

(2) Ribot. *L'hérédité psychologique*, 1873.

(3) Darwin. *Descend. de l'homme*, 31.

complètement son influence prouvée par des faits authentiques où des malformations se sont montrées héréditaires (1) et de l'opposer aussi nettement que le font certains naturalistes à la sélection naturelle ? Mais comment agit en somme cette dernière, sinon par l'hérédité qui fixe des caractères nouveaux, c'est-à-dire acquis nécessairement par l'usage et la désuétude, les deux seuls modes de transformation des organismes. Que la sélection naturelle ait une sorte de choix dans la conservation de ces caractères que l'exercice et le repos tendent à chaque instant à créer, et cela dans le but final de l'utilité de l'espèce, c'est possible, encore que ce pouvoir soit une hypothèse plutôt métaphysique.

Mais en pratique, les deux processus se confondent le plus souvent pour fixer les modifications que le milieu extérieur tend incessamment à imposer aux organismes. Aussi est-il raisonnable de dire que la sélection naturelle s'opère par l'hérédité de l'exercice ou de la désuétude prolongée. Darwin n'a-t-il pas dit que l'habitude, c'est-à-dire l'exercice « implique presque que l'on en retire quelque avantage, soit grand, soit petit (2) », utile à l'espèce ?

On peut donc se représenter les caractères acquis comme tendant à se transmettre chez les descendants. Mais comme d'autre part l'influence d'une très vieille hérédité est la plus forte, le plus souvent les modifications nouvelles sont impuissantes à passer dans l'embryon qui est, au total, la copie plus de l'espèce que de ses parents. C'est pour cela que les caractères récemment acquis sont si rarement héréditaires et le plus souvent ne persistent que durant deux ou trois générations, comme cela se voit dans les familles présentant des facultés intellectuelles supérieures, celles-là revenant

(1) Sanson (Ouvr. cité, 46 et suiv.), dit avoir observé des cas de lapins nés sans oreilles et transmettant à leurs rejetons cette difformité. Il n'est pas niable d'autre part que les enfants, chez l'homme, ressemblent d'habitude à leurs parents. Mais ce n'est point là, dira-t-on, l'hérédité d'un caractère acquis, car les traits du visage qu'un père lègue à son fils, lui-même les a reçus de ses ascendants. Et il s'agit en somme de caractères communs à une race, et nullement acquis par un individu. Or les types de familles se transforment avec le temps; les descendants des paysans vivant à la ville, s'affinent et ont des enfants où se poursuit la même évolution anatomique. C'est que le milieu a modifié ces individus et que l'hérédité a fixés ces caractères nouvellement obtenus.

(2) W. P. Ball Ouvr. cité, 70.

au type moyen ou disparaissant. Mais c'est pour cela aussi que certains caractères, imposés durant plusieurs générations, par les mêmes causes extérieures, finissent quelquefois par devenir héréditaires. C'est qu'alors la persistance des facteurs étiologiques a peu à peu modifié la race et créé en quelque sorte des variétés nouvelles.

4. L'HÉRÉDITÉ EN PATHOLOGIE. — Ces quelques considérations pourraient s'appliquer assez justement à ce qu'on observe en médecine. Tout d'abord il faut réserver les cas où les mêmes causes, par exemple des conditions hygiéniques défectueuses, un mauvais genre de vie, des habitudes alcooliques, provoquent des troubles morbides analogues chez les ascendants et aussi chez les descendants qui sont frappés de bonne heure. Des enfants d'ivrognes, élevés à l'alcool, sont évidemment surtout des individus directement intoxiqués.

Il faut encore distinguer d'autres faits où l'hérédité n'est pas nettement en cause. Ainsi, lorsqu'une mère variolique met au monde un enfant couvert de pustules, il est évident qu'il y a contagion congénitale, mais pas transmission héréditaire. Il en est de même pour tous les cas d'hérédo-infections (1) maternelles, causées par les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la syphilis, la pneumonie, la tuberculose et peut-être le rhumatisme articulaire aigu, communiqués, durant la gestation, de la mère au fœtus, qui naît avec des lésions caractéristiques de l'affection contagieuse. Il n'y a pas alors, répétons-le, transmission héréditaire.

Mais la maladie est léguée par le père, par exemple dans l'hérédo-syphilis ou l'hérédo-tuberculose paternelle où la mère reste indemne ; la question devient plus complexe. Or, ces faits sont rares et sont même niés. Car comment affirmer que la mère n'a pas été contagionnée par le père et n'a pas à son tour infecté son enfant ? Pour la vérole la chose est vraisemblable. On a dit que la mère avait gagné la syphilis et avaitp ar exemple une lésion silencieuse, localisée à l'utérus. Ce qui est certain, c'est que son sang est modifié, puisque tous les syphiligraphes sont d'accord pour penser qu'elle

(1) CHARRIN. *Pathol. génér. infect.*, in CHARCOT et BOUCHARD, *Traité de médecine*, I, 38 et suiv.

peut allaiter son enfant sans courir le risque d'attraper la vérole. Dans la tuberculose, la probabilité pour une infection de la mère est tout aussi grande. Mais admettons ces faits d'hérédo-infection uniquement paternelle. Dans ces cas, le trouble morbide semblerait bien communiqué du père à son produit par l'intermédiaire des cellules génératives. Encore les partisans de la théorie de Weismann soutiennent-ils qu'il ne s'agit probablement là que de contagion directe de l'ascendant à ses germes, puisque le sperme de tuberculeux ayant des testicules apparemment sains peut contenir des bacilles spécifiques (Landouzy et Martin [1]) ; Baumgarten en aurait même trouvé dans un ovule fécondé par du sperme provenant d'un lapin phthisique ([2]). On sait aussi que les matières chimiques, le plomb (Legrand [3]) par exemple, peuvent, ainsi que les virus et les toxines, passer chez les enfants des saturnins. En résumé, les hérédo-infections et les hérédo-intoxications sont surtout des infections et des intoxications congénitales, et c'est à tort qu'on leur donne l'étiquette d'héréditaires.

Mais quand le rejeton d'un tuberculeux naît avec la seule prédisposition morbide, ce n'est probablement que le résultat de la mauvaise nutrition, par un organisme profondément débilité, du germe qui ne peut alors produire qu'un être faible, d'une résistance vitale précaire et par conséquent propice à l'évolution d'une tuberculose ? Cette explication s'applique aussi à certains cas où l'hérédité dissemblable, manifestée par des désordres nutritifs, des arrêts de développement ou une faiblesse systématique congénitale, est causée par une intoxication chronique, alcoolique, saturnine ou autre, par l'évolution d'une maladie grave et longue, par une diathèse, par la misère ou l'inanition, qui toutes amènent un affaiblissement considérable de l'organisme de l'ascendant et secondairement celui de ses germes, l'un et l'autre à peu près contemporains. Dans tous ces cas (vérole, tuberculose, maladie chronique), le rejeton ne présente pas de stigmates propres à la cause héréditaire qui doit agir sur la

(1) Cependant on sait que le sperme des sujets syphilitiques a été inoculé sans résultat chez des individus sains. Mireur. Recherches sur la non inoculabilité spécifique du sperme *Ann. de dermatol. et de syphilographie*, 1877, 425.

(2) Charrin. Ouvr. cité, 47.

(3) Charrin. Ouvr. cité, 53,

nutrition des cellules génératives sans leur imprimer de vice bien spécifique et rappelant le facteur étiologique. Les rejetons d'un tuberculeux, d'un syphilitique ou d'un alcoolique chronique, qui n'héritent que du terrain, selon l'expression classique, sont chétifs et présentent des altérations variées de leurs tissus et de leurs fonctions. Mais on reconnaît difficilement en elles la marque irréfutable de la tuberculose, de la syphilis ou de l'alcool. Les signes par lesquels on a voulu par exemple caractériser la vérole héréditaire sont au plus haut point *para-syphilitiques*, car ils n'ont rien d'absolument spécifique et peuvent se rencontrer ailleurs. Si, d'autre part, les enfants de tuberculeux deviennent souvent tuberculeux à leur tour, il ne faut pas oublier que la bacillose est une maladie des plus fréquentes. Étant l'aboutissant de toutes les dystrophies, il est naturel qu'elle atteigne très fréquemment des enfants nés de sujets tuberculeux, comme elle frappe dans des proportions non encore relevées (Legrain) (1) les descendants des vieux alcooliques.

Enfin, il reste les faits où les descendants semblent tenir de leurs parents des aptitudes morbides spéciales, telles que les états diathésiques, qui sont des manières de vivre et de réagir aux causes pathogènes, de véritables tempéraments morbides. « La diathèse, dit Bouchard (2), est un trouble permanent des mutations nutritives qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes comme formes symptomatiques, comme siège anatomique, comme processus pathologiques ». Cette habitude morbide de la nutrition, donnée peut-être par les échanges entre le germe et l'organisme générateur, est devenue chez le descendant sa manière biologique de vivre. On a comparé ces faits à la variation spontanée observée chez les animaux et dans diverses races anthropologiques ; grâce à une lente préparation, il se serait créé une sorte de famille biologique nouvelle dont chaque membre pouvait transmettre les caractères acquis. Mais cette comparaison est abusive. Ces familles pathologiques ne peuvent constituer une race viable. Leur destinée est, si un sang nouveau ne les ramène pas au type moyen, la stérilité

(1) Legrain. *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, 1895.

(2) Bouchard. *Malad. par ralentiss. de la nutrition*, 1883, 2e édit., 377.

et l'extinction. Quoi qu'il en soit, les diathèses ne sont pas héréditaires au sens de la transmission d'un caractère morbide de l'ascendant au descendant. L'accident pathologique se lègue rarement en nature. Le rejetons des goutteux ne sont pas plus souvent podagreux que graveleux, migraineux ou obèses. Ils sont seulement atteints plus souvent que d'autres d'un vice dystrophique vague, informulé. De même le cancer, qui se développe, par contagion ou par un autre procédé, sur des terrains arthritiques, n'est pas aussi héréditaire qu'on le croit. Et dans les mémoires (1), où les observations de cette maladie sont nombreuses, les cas où le cancer apparaît sur plusieurs membres d'une famille sont encore assez rares.

En résumé, ce qui se passe dans la pathologie générale ne diffère pas de ce qu'on observe dans la biologie normale. Les caractères récemment acquis ne se lèguent pas d'ordinaire, par exemple les mutilations et la plupart des maladies aiguës qui passent sans laisser de trace chez les ascendants. Même les malformations congénitales qui, cependant, se transmettent quelquefois, ne sont pas habituellement héréditaires (2), et les sourds-muets par exemple qui se marient entre eux ont le plus souvent des enfants qui parlent et entendent. Parfois l'hérédité n'est qu'apparente dans certains faits où il s'agit d'une infection directe ou d'une modification vaccinale ; d'autres fois, et c'est peut-être le cas le plus fréquent, le germe est débilité secondairement et paraît conserver la forme d'une nutrition déviée du type normal. Mais même encore ce qui est le plus souvend hérité, ce n'est point la lésion extérieure, l'attaque de goutte, le diabète, la gravelle, le cancer, mais une certaine mauvaise habitude des échanges nutritifs, une certaine faiblesse de développement qui engendrent, sous l'influence de causes variées, des maladies d'aspect différent. C'est l'hérédité dissemblable qui transmet une dystrophie générale non systématisée à laquelle les accidents de la vie biologique trouveront une localisation précise. Si l'on tient compte que le champ de ces maladies qui peuvent se rencontrer dans les mêmes familles est immense, puisque, outre les maladies proprement appelées arthritiques par Bouchard, pourtant déjà nombreuses,

(1) Isch-Wall. *Arthritisme et Cancer,* Th. Paris, 1891.

(2) Là encore l'hérédité dissemblable serait tout aussi fréquente que l'hérédité similaire. Féré. *La famille névropathique,* 1894, 213.

on rencontre aussi la scrofule, le cancer, les varices, les anévrysmes, l'apoplexie, les névroses et les psychoses, et que d'autre part les maladies infectieuses, la syphilis, la tuberculose se manifestent le plus souvent chez les rejetons par des accidents morbides qui n'ont rien de bien spécifique et peuvent trouver encore place dans ce groupe général, il faut admettre avec M. Crocq (1) que la plupart des maladies chroniques constituent une seule diathèse, caractérisée par une altération du système nerveux, qui amène à sa suite des troubles intellectuels ou nutritifs.

Mais alors, on ne voit plus bien le rôle de l'hérédité dans cette succession d'accidents morbides si dissemblables. On ne peut même pas dire que l'individu hérite d'un vice spécial de la nutrition, pouvant se manifester par diverses maladies proches parentes, car le lien qui unit ces troubles pathologiques si divers n'est plus assez étroit pour permettre leur réunion dans un seul processus. Il paraît assez logique d'admettre que toutes les dystrophies générales retentissent sur les cellules génératives et par conséquent sur la vitalité ultérieure du descendant qui, naissant avec une nutrition défectueuse, se trouve prédisposé à la plupart des maladies et surtout aux accidents neuropathologiques. Ce qui semble évident aussi, c'est que ces sujets sont tous dégénérés à des degrés divers, et ne peuvent constituer une famille nouvelle, adaptable aux conditions extérieures. Ce qui les distingue de leurs ancêtres, c'est non pas la présence de caractères nouveaux stables, mais l'absence des caractères biologiques normaux. L'atavisme a été vaincu chez eux par des processus pathologiques; il n'y a pas là en somme d'hérédité morbide, mais plutôt dissolution, interruption de l'hérédité normale, ainsi que l'a bien exposé M. Féré (2). En résumé, l'hérédité réelle, c'est-à-dire la transmission de certains caractères morbides des ascendants aux descendants par la voie générative, est exceptionnelle en pathologie. Les maladies aiguës, les mutilations, les accidents pathologiques fortuits ne se lèguent en général pas. Les cas les plus nombreux d'hérédité apparente appartiennent à l'influence directe des principes morbides sur le fœtus ou sur les

(1) Crocq Fils. Hérédité morbide. *Revue de médecine*, 1893, 673.

(2) Féré. *La famille névropathique*, 1894, 236 et suiv.

cellules génératives d'où il va procéder. Quant à l'hérédité diathésique, elle s'étend sur un champ morbide tellement vaste, que pour expliquer les faits, on ne peut pas dire que le rejeton reçoive des tendances nutritives spéciales et semblables à celles de ses générateurs. Mais on doit plutôt comprendre que l'individu n'a pu hériter des tendances biologiques normales, perverties par l'action d'une mauvaise nutrition dans sa période pré-fœtale. Et si l'on veut ne pas faire d'hypothèse, on peut dire simplement que l'hérédité pathologique est plus apparente que réelle. Les rejetons des sujets atteints de maladies graves ou chroniques sont des dégénérés dans la plus large acception du mot, c'est-à-dire des individus surtout différents de leurs parents et plus ou moins inadaptables à la vie. Mais c'est là l'interprétation des faits, qui eux demeurent. Car il n'en reste pas moins que les descendants d'individus atteints de certaines maladies graves ont souvent des affections analogues. Et nous allons voir que la chose est fréquente dans la pathologie mentale.

---

## ARTICLE II.

### L'HÉRÉDITÉ DANS LES MALADIES MENTALES

« Il existe une grande cause de l'aliénation, cause primordiale, cause des causes, l'hérédité, qui fixe cette maladie dans les familles et la rend transmissible de génération en génération » (1). Elle est la graine d'où sortent toutes les dégénérescences nerveuses (Joffroy) (2). La plupart des aliénistes ont remarqué la fréquence des troubles mentaux chez les ascendants des aliénés. Mais tout d'abord, on n'avait noté que cette coïncidence. Dans ces derniers temps, l'attention des observateurs a été éveillée sur les antécédents névropathiques et autres dans les familles de ces malades. Aussi, les

(1) M. Trélat. Des causes de la folie. *Ann. Médico-Psychol.*, 1856, II, 171.

(2) Joffroy. *Leçons professées à l'asile Sainte-Anne*, 1894-95.

statistiques sur ce point ne sont-elles guère comparables, les unes embrassant plus de faits que les autres. Une autre puissante cause d'erreur est la dissimulation des personnes interrogées et quelquefois leur ignorance au sujet de leurs antécédents familiaux. Il est à remarquer que les statistiques établies sur les pensionnaires de maisons privées, fournissent des chiffres plus élevés que celles dont les éléments ont été pris dans les établissements publics, où les renseignements sont plus difficiles à obtenir.

On aura une idée des résultats différents des statisticiens, en lisant le tableau ci-dessous, où je ne cite que quelques chiffres.

**Proportion numérique des cas d'hérédité dans l'étiologie des psychoses.**

| | p. 100 |
|---|---|
| Ellis (1), 214 p. 1380 | 15.50 |
| Morel (2), 1 p. 5 | 20 |
| Statistique des asiles d'Angleterre (1878-1887), portant sur 136,478 admissions (3) | 20.5 |
| Esquirol. Statistique de Charenton (4), 327 p. 1375 soit | 24 50 |
| Statistique des asiles de la Prusse (1877) (5), 6,396 p. 22,776. | 27.96 |
| Guislain (6) | 45 |
| Esquirol. Statistique de sa maison d'Ivry (7), 150 p. 264 | 56.81 |
| Moreau (de Tours) (8) | 90 |

La folie se transmet-elle plus souvent par la mère que par le père? Baillarger (9) a constaté que dans 453 cas d'aliénation avec

(1) Ellis. *Traité de l'alién. ment.*, trad. Archambault, 1840, 69.

(2) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, 114.

(3) Hack Tuke. *Dictionary of psycholog. medicine.* Art. Statistics of insanity, II, 1205.

(4) Esquirol. Ouvr. cité, II, 682.

(5) Dejerine. Ouvr. cité, 42.

(6) Guislain. *Lec. oral. sur les phrénopathies,* 2e édit., 1880, I, 435.

(7) Esquirol. Ouvr. cité, I, 64.

(8) Moreau (de Tours), in Legrand du Saulle. *La folie héréditaire*, 1873, p. 5.

(9) Baillarger. *Recherch. statist. sur l'héréd. de la folie* (1844). In *Recherches sur les malad. ment.*, 1890, I, 160 et 161.

antécédents héréditaires, 271 fois la tare venait du côté de la mère et 182 fois du côté du père. Le même auteur a remarqué que la folie de la mère atteignait un plus grand nombre d'enfants et qu'elle se transmettait plus souvent aux filles. L'influence prépondérante de la mère dans l'étiologie des maladies mentales est un argument en faveur des idées de Weismann; on comprend en effet que l'enfant porté par une femme aliénée ait à souffrir de troubles de nutrition (1) plus ou moins graves. D'autre part, les enfants nés avant que leurs parents tombent malades, sont moins exposés que si ces derniers étaient aliénés au moment de la conception (2), bien que la folie puisse survenir d'abord chez les descendants et ensuite chez les ascendants (3).

La transmission vésanique peut n'être pas directe et sauter une génération ; de même elle peut paraître avoir lieu en ligne collatérale, quelquefois elle semble épargner un sexe et ne frappe, dans une famille, que les hommes ou que les femmes; d'autres fois, il y a une sorte d'intermittence qui épargne un enfant entre deux autres atteints par la folie (4).

Moreau (de Tours) (5) avait cru remarquer qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre l'hérédité de la physionomie et celle du cerveau. Les enfants qui ressemblent à leurs parents aliénés seraient de ce fait moins exposés à la folie, mais cela n'a pas été confirmé.

L'hérédité vésanique se montre parfois aux mêmes âges de la vie (6), aux mêmes périodes physiologiques (puberté ou sénilité), ou sous l'influence des mêmes accidents, la puerpéralité par exemple.

Les cas de *folie gemellaire* sont bien propres à faire comprendre l'influence de la prédisposition héréditaire qui se manifeste parallèlement chez des individus de même sang et ayant été élevés

(1) Cependant des recherches plus récentes d'Orchanskey, *L'hérédité dans les familles malades*, Saint-Pétersbourg, 1894, ont permis à cet auteur d'affirmer que les tares du père se transmettent plus facilement que celles de la mère.

(2) Esquirol. Ouvr. cité, I, 65.

(3) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, 116.

(4) Marcé. *Traité pratique des mal. ment.*, 1862, 104.

(5) Moreau (de Tours). *Union médicale*, 1852, 194.

(6) Esquirol. Ouvr. cité, I, 65.

ensemble. Esquirol (1), Moreau de Tours (2), Mickle (3), Ball (4) en ont rapporté des exemples. Le fait le plus curieux a été raconté par Baume (5). Il s'agit de deux frères faisant, à deux lieues de distance et à la même heure, le même rêve et s'écriant : « Je tiens le voleur, on fait du mal à mon frére », puis se mettant à délirer. Ce qui est certain, c'est que les deux frères moururent à 48 heures d'intervalle, l'un en se noyant et l'autre au cours de son agitation. La paralysie générale a été aussi signalée chez deux jumeaux (6). La plupart de ces observations, que les auteurs paraissent avoir de la tendance à enjoliver, mettent surtout en évidence ce fait que la contagion, agissant sur deux cerveaux identiquement prédisposés, produit souvent en même temps un délire, que la même éducation, la même organisation morale rendent semblable chez les deux jumeaux. Il est à noter à ce propos, que deux frères ou sœurs non jumeaux qui deviennent aliénés, ont le plus souvent un délire analogue (Brunet et Vigouroux) (7).

La *consanguinité*, dont l'étude se rattache étroitement à celle de l'hérédité, a été accusée par Devay (8), Boudin et Chipault, de produire chez les descendants de nombreuses maladies et infirmités. Avant eux, Esquirol (9) avait fait remarquer que l'hérédité vésanique sévissait beaucoup chez les catholiques anglais et les grands seigneurs de France qui se marient entre eux. Guislain (10) a aussi fait

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 581.

(2) Moreau (de Tours). *La psychologie morbide*, 172.

(3) Mickle. Insanity of Twins. *Journ. of ment. Sci.*, 1884, XXX, 67-74.

(4) Ball. Folie gémellaire, *Encéphale*, 1884, 387.

(5) Baume. Singulier cas de folie. Suicide chez deux frères jumeaux. *Ann. méd. psych.*, 1863, 312.

(6) Clouston and Savage. General paralysis in Twins, *Journ. of mental Scienc.* 1888, XXXIV, 65.

(7) Brunet et Vigouroux. Congrès des médec. alién. et neurolog Session de Clermond-Ferrand, 1894.

(8) Devay. *Du danger des mariages consanguins, sous le rapport sanitaire*, 2e édit. 1862.

(9) Esquirol. Ouvr. cité, I, 65.

(10) Guislain. Ouvr. cité, I, 437.

le procès de la consanguinité. Plus tard, Morel (1) avait insisté sur les dangers des unions consanguines qui favorisaient la transmission des états de dégénérescence. On a voulu expliquer ainsi l'abâtardissement de certaines races royales (2), ou de certaines populations fermées aux croisements (3). Mais les faits contradictoires ne manquent pas (4) et sont tout aussi probants. La consanguinité serait donc bonne ou mauvaise, selon d'autres conditions. Les partisans du danger des unions consanguines paraissent avoir été guidés quelque peu par des considérations sentimentales dans l'interprétation des faits. Si l'on veut juger les choses d'une manière impartiale, il semble que l'on doive admettre, ainsi que l'ont montré les travaux de Bourneville (5), de M. Gottschalk (6) et ceux plus récents de M. Lagneau (7), que là où la consanguinité a des produits mauvais, c'est qu'il existe des tares familiales. Dans ces cas, les unions peuvent donner des produits détestables : témoin celle observée par M. Doutrebente (8), entre un père épileptique issu de névropathe et une mère fille d'aliéné, tous deux parents qui eurent 12 enfants, dont aucun ne laissa de postérité. De ces 12, 5 moururent de convulsions, 2 d'hémorrhagie cérébrale, 1 d'apoplexie, et les autres furent un épileptique, un choréique, un hydrocéphale et un sujet atteint de folie instinctive.

En somme, la consanguinité paraît n'avoir d'autre action que de

(1) Morel. *Traité de dégénérescence physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine,* 1857, 524 et suiv.

(2) Dejerine. Ouvr. cité, 88 et pl. XIII.

(3) Burlureaux. Art. Epilepsie, *Dict. Encyclop. des scienc, méd.,* 1re série, t. XXXV, 169.

(4) Bourgeois. *Quelle est l'infl. des mariages consanguins sur la génerat.* Th. Paris, 1859. — Aug. Voisin. Ét. sur les mariages consanguins dans la commune de Batz, *Ann. d'hygiène,* 1865, XXIII, 260.

(5) Bourneville et Combarieu. Note statistique sur le rôle de la consanguinité dans l'étiologie de l'épilepsie, de l'idiotie et de l'imbécillité. *Progrès médical,* 1889, n° 23.

(6) Gottschalk. *Valeur de l'influence de la consanguinité sur la production de l'épilepsie et de l'idiotie,* Th. Paris, 1889.

(7) Lagneau. Académie de médecine. 25 sept. 1894.

(8) Doutrebente. Ét. généal. sur les aliénés hérédit., *Ann. Méd. Psych.*, 1869, II, 375.

multiplier (Joffroy) (1) ou de porter au carré (Paul Bert) (2) l'hérédité, d'autant que les névropathes s'attirent et s'unissent volontiers. « Ce n'est pas, dit M. Lacassagne (3), la consanguinité qui est saine ou morbide, c'est le terrain sur lequel elle se produit ». En pratique, comme « il n'est pour ainsi dire aucune famille qui ne soit entachée d'un vice héréditaire quelconque, tout médecin prudent doit donc craindre de voir cette disposition héréditaire renforcée chez les descendants, par l'union entre deux proches parents, qui sont doués en puissance de mêmes tendances morbides, lesquelles ne peuvent que s'exagérer par l'effet d'une double hérédité agissant dans le même sens, tandis qu'elles pourraient être contrebalancées avantageusement par les dispositions héréditaires en sens inverse des deux époux » (4). Ces paroles de M. Falret résument sagement le débat.

Après ces quelques considérations générales sur l'hérédité psychopathique, je vais étudier chacun de ses deux modes principaux: l'hérédité similaire et ce qu'on appelle l'hérédité dissemblable.

1. Hérédité similaire. — Pinel écrivait en 1809 : « il serait difficile de ne point admettre une transmission héréditaire de la *manie*, lorsqu'on remarque en tous lieux et dans plusieurs générations successives, quelques-uns des membres de certaines familles atteintes de cette maladie (5).» Esquirol (6) avait fait la même remarque. Cette transmission a été, par la suite, souvent constatée. Mais la manie est une sorte de *caput mortuum*, dans lequel les anciens aliénistes réunissaient la plupart des états avec agitation, à tel point qu'Esquirol (7) rangeait sous cette étiquette le tiers des cas de folie. Aujourd'hui, les classifications sont devenues moins étroites, mais cependant la manie reparaît encore très souvent dans les certificats

(1) Joffroy. Surdi-mutité et dégénérescence. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, 16 février 1895.

(2) In. Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, 246.

(3) Lacassagne. Art. consanguinité. *Diction. Encycl. de sc. méd.*

(4) Falret. La consanguinité (1866). In *Les aliénés et les asiles d'aliénés*, 1890, 401.

(5) Pinel, *Traité médico philosoph. sur l'alién. ment.*, 1809, 13.

(6) Esquirol. Ouvr. cité, I, 65.

(7) Esquirol. Ouvr. cité, II, 687.

d'aliénistes. Le délire *mélancolique* (1), la *stupeur* ou les *idées hypocondriaques* (2) ont été quelquefois observés chez les ascendants et les descendants d'une même famille. Il en est de même des *hallucinations* (3) et de l'*audition colorée* (4) qui est un phénomène morbide.

Parmi les psychopathies, les folies dites à double forme, qui consistent dans la succession d'accès d'excitation et de dépression diversement combinés entre eux, ne surviennent le plus souvent que chez des sujets dont les parents sont gravement atteints par les psychoses et les névropathies, ainsi que M. Ritti (5) l'a bien fait ressortir, après M. Falret et Morel, dans son excellent mémoire. Le même auteur essaye en outre d'établir que la folie à double forme peut se transmettre en nature des ascendants aux descendants, et il cite quelques faits à l'appui de son opinion.

L'hérédité vésanique similaire se rencontre surtout dans l'impulsion au *suicide*. Gall, Esquirol (6), Falret (7), Moreau (de Tours) (8), Cazauvieilh (9), Marc (10) et Lucas ont rapporté des cas où l'on voit le suicide ravager des familles durant deux, trois générations, et faire jusqu'à cinq, six victimes et même plus, dans un temps plus ou moins long. Dans une famille de paysans, Le Roy (11) a observé dix individus qui se sont suicidés durant une période de 50 ans. Un fait très curieux est encore rapporté par Maccabruni (12). Le voici résumé. Un homme se suicide à 62 ans; de ses 7 enfants, 2 garçons se tuent, l'un à 22 ans et l'autre à 28 ans, une fille s'empoisonne par

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 406.

(2) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, 534.

(3) Brierre de Boismont. *Des hallucinations*, 5e *édit.*, 431.

(4) Flournoy. *Des phénomènes de synopsie.* 1893, 15.

(5) Ritti. *Traité clinique de la folie à double forme,* 1883, 266 et suiv.

(6) Esquirol. Ouvr. cité, I, 580 et suiv.

(7) Falret. *De l'hypochondrie et du suicide*, 5 et suiv.

(8) Moreau (de Tours). *Psychol. morbide*, 1859, 170 et suiv.

(9) Cazauvieilh. *Du suicide, de l'aliénation mentale et des crimes contre les personnes*, 1840.

(10) Marc. *De la folie considérée dans ses rapp. avec les questions médico-judiciaires*, 1840, T II, 420 et suiv.

(11) Le Roy. *Ét. sur le suicide et les mal. ment. dans le départem. de Seine-et-Marne*, 1870, 199.

(12) Dejerine. Ouvr. cité, 66.

le phosphore à 26 ans, un autre fils meurt assassiné en Amérique, mais il a un enfant qui se suicide à 17 ans.

Il est à remarquer que souvent les suicides familiaux s'exécutent de la même manière, par les armes à feu, la pendaison, la submersion. Ainsi les 4 hommes observés par Maccabruni s'étaient tués en se tirant un coup de pistolet, et avec le même pistolet. De même un individu, âgé de 35 ans, se coupe la gorge avec un rasoir dans un bain ; il laisse 3 enfants : deux fils qui se tuent au même âge et de la même manière ; une fille qui, à 34 ans, se détruit aussi en se coupant la gorge dans un bain ; cette dernière seule a un fils qui, après deux tentatives défectueuses, se tue à 31 ans par un procédé identique (Hammond) (1). C'est aussi souvent au même âge que s'exécutent les suicides familiaux ou que les sujets commencent à y songer (2).

Le même lieu est encore choisi pour le théâtre des suicides familiaux : 3 sœurs, observées par M. Mabille (3), se noyèrent dans le même canal, à quelques années d'intervalle. Il faut tenir compte aussi de la contagion délirante qui actionne et donne une forme à la prédisposition héréditaire. « Dans la presque unanimité des cas, disait Marc (4), cette disposition héréditaire ne dégénère en suicide que par l'exemple. »

A côté de l'impulsion au suicide, il faut ranger les autres impulsions morbides, et par exemple la tendance à *l'homicide*. Olhaven (5) cite le cas d'une femme qui, en punissant son enfant, eut l'envie irrésistible de le tuer. Sa fille, devenue mère aussi, fut prise plusieurs fois d'une impulsion violente à couper la gorge d'un de ses enfants.

La plupart des impulsions, des obsessions et des phobies, peuvent se retrouver sous la même forme chez divers individus d'une même famille. M. Féré (6) rapporte des cas qui le prouvent pour

(1) In. Féré. *La famille névrop.*, 1894, 29.

(2) Esquirol. Ouvr. cité, 580 et 581.

(3) Mabille. Trois cas de suicide survenant en trois ans chez trois sœurs *An. méd. psychol.*, 1891, XIV, 228.

(4) Marc. Ouvr. cité, II, 420.

(5) In. Ribot. Ouvr. cité, p. 176.

(6) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*. 1890, 329 et 330.

l'*hématophobie*, l'*hydrophobie* (Tonnini), l'*hyperhydrose émotionnelle* (Suckling). Baillarger et Delasiauve (1) ont signalé d'autres cas. Enfin, M. Magnan (2), qui a une très longue expérience classique, prétend « qu'on trouve plus souvent qu'on ne paraît le croire, l'hérédité similaire et notamment l'hérédité de ces phénomènes étranges des *syndromes épisodiques* (3) ». Il a constaté la recherche angoissante du mot dans toute une famille et il rappelle l'histoire d'un perverti sexuel poussé à voler des chemises blanches et dont la mère avait une tendance morbide à voler des rubans rouges. Dans un autre travail, le même auteur dit avoir observé la manie du discours nocturne chez un père et sa fille, la manie des achats dans trois générations, des idées de marche et des rires involontaires chez la mère et la fille. Mais il faudrait savoir jusqu'à quel point l'imitation, la contagion, jouent un rôle dans la transmission de ces phénomènes morbides.

Le *délire des persécutions* est, des délires systématisés, celui qui se montre le plus souvent chez des malades du même sang. Mais, c'est qu'il s'agit aussi de conceptions morbides communiquées ou imposées d'un sujet à un autre. Dans beaucoup de cas, l'isolement a suffi pour faire disparaître les idées délirantes chez l'individu contagionné (Falret et Lasègue, Régis, Marandon de Montyel, Pronier, Arnaud). L'analyse de ces faits sera mieux à sa place à propos de la contagion de la folie.

Le *délire alcoolique* ne peut pas être héréditaire, au sens propre du mot: mais le penchant à l'ivrognerie a été noté depuis longtemps chez les enfants d'alcooliques. Gall, Esquirol (4), Lucas (5), Lancereaux (6), et MM. Taguet (7), Peeters (8) et Grenier (9), ont rap-

(1) *Ann. med. psych.* 1895, XIV, 135 et suiv.

(2) Magnan. Héréditaires dégénérés. Leçon recueillie par le Dr Vigouroux, *Arch. de Neur.*, 1892, XXIII, 305.

(3) Magnan. *Ann. méd. psych.*, 1886, IV, 277.

(4) Esquirol. Ouvr. cité, II, 73.

(5) Lucas. Ouvr. cité. I, 476 et suiv.

(6) Lancereaux. *De l'alcoolisme et de ses conséquences*, 28.

(7) Taguet. Héréd. dans l'alcool., *Ann. méd. psych.* 1877, XVIII, 5.

(8) Peeters. *L'alcool.*, Bruxelles, 1885, 290 et 291.

(9) Grenier. *De la descend. des alcooliq.*, Th., Paris, 1887

porté des faits probants ou affirmé cette transmission morbide. M. Legrain (1) l'a rencontrée 197 fois sur 467 cas, et M. Sollier (2) seulement 106 fois sur 350 cas, c'est-à-dire dans une proportion moindre. L'appétit alcoolique pourrait s'observer pendant trois générations et même quatre générations ; il serait même plus fatal à mesure que les générations se succèdent (Legrain).

Mais les chiffres, dans ces questions obscures, ne peuvent donner qu'une impression de vérité. Le problème est autrement complexe. Et M. Bouchereau se demande avec raison si, dans les cas d'hérédité alcoolique similaire, les individus n'ont pas été bien souvent habitués tout jeunes à boire, surtout dans le cas où l'on rencontre chez eux le goût pour la même boisson que celle aimée par leurs parents, ce qui semblerait faire croire qu'il s'agit d'une éducation spéciale. M. Sollier (3) cite cependant un fait où le penchant à boire du cassis fut observé chez un homme et aussi chez son fils qui devint orphelin, étant encore en nourrice. Les occasions qui développent cette appétence, parfois latente, ne sont pas toutes indifférentes et jouent un certain rôle dans son éveil.

Les autres penchants aux plaisirs sexuels, au *jeu*, au *vol*, au *crime*, sévissent assez souvent chez plusieurs membres d'une même famille. Il y a longtemps déjà que Lucas (4) avait rassemblé des faits de ce genre, que les récents travaux d'anthropologie criminelle, inspirés par Lombroso, ont singulièrement multipliés.

La *débilité mentale* et l'*imbécillité* peuvent aussi être légués des ascendants aux descendants (Brunet et Vigouroux).

Quant à l'*idiotie*, on conçoit qu'elle ne puisse se transmettre. « Je n'ai jamais eu à soigner, que je sache, disait Séguin (5) d'idiot, fils d'idiot, ni même fils d'imbécile ». L'idiotie n'est qu'un syndrôme d'altérations variées de l'encéphale (hydrocéphalie, microcéphalie, porencéphalie, sclérose des circonvolutions, etc.,) ou encore de myxœdème par l'atrophie ou l'absence de la glande

(1) Legrain. *Dégénéres. sociale et alcoolisme*, 1895, 48.

(2) Sollier. *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme*, 1839, 25.

(3) Id. *Ibid.*, 95.

(4) Lucas. Ouvr. cité, 477 et suiv.

(5) Séguin. *Traitem. moral, hygiène et éducation des idiots*, 1846, 259.

tyroïde, toutes lésions qui ont pour effet ordinaire de frapper d'impuissance les individus qui en sont atteints.

L'hérédité similaire de la *démence sénile* ou *organique*, a été observée. « Il existe aux environs de Nantes, disait Esquirol (1), une famille dont 7 frères et sœurs sont en démence ». M. Féré cite le fait d'un père et de ses deux fils devenant déments entre 52 et 54 ans (2). On voit quelquefois des individus, appartenant à une même famille, tomber à la fin de leurs jours dans un état d'affaiblissement intellectuel profond. Mais là encore, comme dans l'idiotie, il s'agit d'un symptôme appartenant à des lésions variées, dont l'hérédité similaire n'est pas fréquente. La démence sénile semble être liée à des altérations diffuses des vaisseaux, des cellules et des tubes nerveux, sur la nature desquelles on n'est pas encore très fixé ; la démence dite organique, est ordinairement la conséquence de lésions plus ou moins circonscrites du cerveau, ramollissements, hémorrhagies, tumeurs, etc.

La transmission de la *paralysie générale* des ascendants aux descendants est rare. L'indigence des documents sur ce sujet prouve que le fait n'est pas fréquent. Cependant, il faut tenir compte de cette circonstance que les renseignements fournis par la famille des malades ont rarement une précision suffisante pour permettre de faire porter à distance et après coup le diagnostic d'une maladie qui, comme la paralysie générale, peut être confondue avec toutes les autres démences organiques et bien des vésanies.

L'*hystérie* et l'*épilepsie* sont plutôt du domaine de la neurologie. Cependant l'association fréquente de troubles mentaux à ces névroses m'engage à dire quelques mots sur la transmission de ces maladies.

L'hérédité similaire de l'*épilepsie* a été niée ou considérée comme très rare par Maisonneuve (3), Morel et Lasègue (4). Delasiauve (5) ne l'a rencontrée que 5 fois sur 300 observations. Cependant de nom-

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 66.

(2) Féré. *L'hérédité névropath.*, 1894, 34.

(3) Maisonneuve, *Observ. et rech. sur l'épil.*, Th. 1803, 86.

(4 Lasègue. *De l'épilepsie par malformation du crâne*, Ét. Méd. I. 885.

(5) Delasiauve. *Traité de l'épilepsie*, 1884, p. 189.

breux auteurs l'avaient admise. Parmi les plus récents, il faut citer Aug. Voisin (1) qui, dans 17 ménages d'épileptiques, rencontra, sur 35 enfants, 16 morts de convulsions ou épileptiques. Mais le fait a été surtout mis en lumière par Echeverria (2), qui, sur 553 enfants d'épileptiques, en a trouvé 78 atteints de la même affection et 195 morts d'éclampsies, ce qui fait 273, soit à peu près la moitié, héritant de la névrose convulsive. Le même auteur a remarqué que les mères épileptiques transmettent plus fréquemment leur maladie que les pères, et que parfois la névrose saute une génération et souvent se montre dans deux.

Les recherches de M. Féré (3) ont apporté de nouvelles preuves à l'opinion d'Echeverria. Quelquefois l'épilepsie apparaît chez les descendants au même âge que les ascendants, mais en général elle est plus précoce. On sait, d'autre part, que des cobayes devenus épileptiques par section du sciatique ou de la moelle, procréent des petits qui présentaient les mêmes symptômes convulsifs (Brown-Sequard).

L'hystérie se transmettrait fréquemment aussi en nature. Briquet (4) aurait trouvé dans les familles de 351 hystériques, se composant de 1,103 personnes : 214 ascendants ou collatéraux atteints de cette maladie nerveuse. Le même auteur écrivait : « La moitié des mères hystériques donnent naissance à des hystériques ». Hammond (5) a constaté une proportion encore plus considérable. M. Batault (6) aurait trouvé 56 fois sur 100 l'hérédité similaire dans l'étiologie de l'hystérie mâle : et 4 fois pour 1 cas, la mère transmettrait l'hystérie. L'hérédité directe (de la mère à la fille) serait particulièrement frequente dans l'hystérie (7). « Il n'y a rien d'étonnant vraiment, dit M. Dejerine (8), qui rapporte ce fait, à ce que des enfants

(1) A. Voisin. Art., Epilepsie du *Nouv. Dict. de méd. et de chir.*, XIII, 1870, 602.

(2) Echeverria. Mariage and héréditairiness of épileptics, *Journal of ment. sc.*, oct. 1880.

(3) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, 241 et 242.

(4) Briquet. *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, 1859, 82.

(5) Hammond. *Traité des mal. du syst. nerv.*, Trad. Labadie-Lagrave, 1879, 870.

(6) Batault. *Contrib. à l'étud. de l'hystérie chez l'homme*, Th. Genève, 1885.

(7) Gilles de la Tourette. *Traité clin. et thérap. de l'hystérie*, 1891, 43.

(8) Dejerine. Ouvr. cité, 119.

qui voient journellement leurs parents en proie aux attaques, les imitent inconsciemment, et cela indépendamment du fait que la société de la mère leur imprime involontairement la même manière de sentir, de réagir et de penser ». La contagion ne doit pas être sans action pour donner une forme à la prédisposition morbide, surtout si l'on admet avec M. Pierre Janet (1), développant une idée de Briquet, que l'attaque d'hystérie ne serait que la reproduction d'un état émotionnel. On pourrait peut-être en dire autant de l'épilepsie.

Il ressort de ces quelques détails, que les faits mis sur le compte de l'hérédité vésanique sont des phénomènes relativement rares et assez difficiles à interpréter. Lorsqu'on observe chez plusieurs membres d'une famille les mêmes penchants morbides, les mêmes idées délirantes de suicide ou de persécution, ou même des crises convulsives, on doit se demander jusqu'à quel point la contagion mentale intervient pour donner la même forme à des manifestations vésaniques chez des individus consanguins et vivant souvent d'une vie analogue.

2. Hérédité dissemblable. — J'ai déjà critiqué cette expression. Comme le fait remarquer à plusieurs reprises M. Sanson (2) dans son récent livre, l'hérédité ne peut être dissemblable, étant incapable de transmettre au descendant autre chose que ce qui est chez l'ascendant. Toutefois, envisagée ainsi, c'est plutôt là une question de mot ; si l'on admet que le fond légué est le même, mais que la forme est variable, le terme dissemblable est justifié. Mais on a vu qu'il n'est pas sûr qu'il y ait transmission d'un fond morbide identique chez le rejeton et les parents. Si les maladies dites héréditaires ont des traits communs, qui sont la déviation du type normal biologique, elles n'en ont point d'assez ressemblants pour faire admettre un vice dystrophique spécial et pouvant se léguer. A ce point de vue donc, le titre ci-dessus n'est pas très exact. Toutefois l'usage l'a consacré, et il exprime suffisamment les

(1) Pierre Janet. *L'état mental des hystériques ; les accidents mentaux.* Biblioth. Charcot-Debove, 154 et suiv.

(2) Sanson. Ouvr. cité.

faits dont nous nous occupons ici. A côté de la question théorique, il reste que dans les familles d'aliénés il y a très souvent des névropathes et des individus atteints profondément dans leurs principales fonctions physiologiques.

La dissemblance de l'hérédité vésanique a été notée par tous les aliénistes. « Le plus souvent la maladie mentale qui se transmet se transforme, disait Legrand du Saulle (1) ».

« Toutes les formes de la folie, écrivait Marcé (2), manie, mélancolie, délire partiel, s'engendrent réciproquement et d'une manière indistincte ». Griesinger (3) a soutenu une opinion analogue; et Morel disait: « On risquerait de se faire une fausse idée de l'hérédité, si on ne l'envisageait au point de vue de ces transformations qui ouvrent un champ si vaste au pronostic et au traitement des maladies nerveuses (4).

Citer les formes vésaniques que l'on rencontre dans les ascendants des aliénés, ce serait les énumérer toutes. Pour voir la complexité de leur association, il suffit de jeter les yeux sur les observations recueillies par les nombreux auteurs qui ont cherché à mettre en relief les tares héréditaires de leurs malades. A ce point de vue, le mémoire de M. Doutrebente (5), la thèse de M. Legrain (6), pour ne citer que ceux-là, sont très instructifs.

Mais les accidents vésaniques ne sont pas les seuls que l'on rencontre dans l'histoire familiale des aliénés. Les maladies nerveuses s'y observent peut-être tout aussi fréquemment. C'est que les psychopathies et les névropathies sont deux rameaux d'un même tronc, et dont l'étude n'a été divisée que parce que des mesures de protection sociale ont relégué certains sujets dans les asiles, en abandonnant les autres aux hôpitaux, ce qui a créé dans cette science indivisible par nature, qui est la pathologie nerveuse, une scission tout artificielle. C'est Guislain (7), Griesin-

(1) Legrand du Saulle. *La folie héréditaire*, 1873, 9.

(2) Marcé. Ouvr. cité, 107.

(3) Griesinger. *Traité pratique, etc.*, ouvr. cité, 186.

(4) Morel. *Traité des maladies ment.*, 1860, 115.

(5) Doutrebente. Et. généalogique, *etc.*, ouvr. cité, 197 et 368.

(6) Legrain. *Du délire chez les dégénérés*, Th. Paris, 1886.

(7) Guislain. Ouvr. cité, I. 437.

ger (1) et Moreau (de Tours) (2), qui, les premiers, ont élargi le cadre de l'hérédité psychopathique.

Mais tout d'abord, on n'associa guère les psychoses qu'aux névroses. Aujourd'hui toutes ces parentés morbides (3) n'ont plus besoin d'être prouvées.

Les parents des *hystériques*, qui ne sont pas eux-mêmes hystériques, sont aliénés, comme l'a montré un des premiers Briquet (4). Une observation curieuse à ce sujet est celle de M. Doutrebente (5) d'une hystérique dont le père, le grand-père et deux tantes étaient aliénés, et dont six cousins germains étaient dipsomanes et faibles d'esprit. On en trouvera d'autres dans les travaux de M. Féré (6) et de M. Dejerine (7). On sait d'autre part que l'épilepsie et l'hystérie s'engendrent réciproquement et l'on peut dire avec M. Dejerine (8), que « l'épilepsie du père semble être pour la fille ce qu'est l'hystérie de la mère ».

Bien que l'épilepsie se transmette facilement des ascendants aux descendants, elle est souvent observée dans les familles d'aliénés (9), Herpin (10) a noté fréquemment chez les ascendants des épileptiques les diverses formes de l'aliénation mentale, le suicide, la mélancolie, l'hypochondrie. Moreau (de Tours) (11) a, dans les antécédents de 124 épileptiques, constaté 26 cas de folie.

Dans une statistique portant sur 350 cas de *mal comitial*, observés

(1) Griesinger. Ouvr. cité. 182.

(2) Moreau (de Tours). *Psychol. morb.*, ouvr. cité, 177.

(3) Boinet. *Les parentés morbides. Th. d'agrégat.*, 1886.

(4) Briquet. Ouvr. cité, 1859, 82.

(5) Doutrebente. *Étude généal.*, ouvr. cité, obs. VII.

(6) Féré. La famille névropat. *Arch. de Neurol.*, 1884, VII, 12 et 3.

(7) Dejerine. Ouvr. cité, 122.

(8) Dejerine. Ouvr. cité, 119.

(9) Bouchet et Cazauvieilh. De l'épilepsie 'considérée dans ses rapports avec l'alién. ment. *Arch. gén. de médecine*, déc. 1825.

(10) Herpin. *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, 1852, 325 et suiv.

(11) Moreau (de Tours). De l'étiologie de l'épilepsie, *Mém. acad. de Méd.*, XVIII, 1854, 55.

dans le service de M. Bourneville, M. Dejerine (1) a constaté que les antécédents vésaniques entraient pour les 16.8 % des faits et pour les 24.1 %, en y comprenant les suicides et les tentatives de suicides. M. Féré (2) est arrivé à des résultats analogues. Les descendants des épileptiques sont assez souvent aussi des psychopathes.

On a noté des antécédents héréditaires vésaniques chez des sujets atteints de l'*éclampsie infantile puerpérale* (3), *scarlatineuse* (4), *urémique* (5), et d'autres maladies convulsives qui, toutes, sont très probablement des manifestations de l'épilepsie. Les troubles intellectuels sont assez fréquemment observés chez les parents des Basedowiens, comme l'ont mis en lumière M. Joffroy (6), dans ses leçons de 1891, MM. Raymond et Sérieux (7) et récemment M. Brunet (8). L'observation la plus curieuse est celle de la famille X.., reproduite sous forme de tableau dans le livre de M. Dejerine (9). On y voit la dégénérescence se maintenant durant cinq générations par des maladies variées, telles que le goître exophthalmique, l'hystérie, diverses névropathes, la mélancolie, la manie, la démence, l'idiotie, la surdité et un cas de monstruosité fœtale. M. Breton (10) a, dans une thèse inspirée par M. Joffroy, relevé des parents aliénés, idiots, déments, dans 10 observations sur 126 de choréiques. Des troubles mentaux, l'imbécillité, l'alcoolisme et surtout la démence, peuvent aussi frapper les membres d'une famille atteinte de chorée héréditaire (11), ainsi que le prouve le curieux tableau généalogique de Perretti (12).

(1) Dejerine. ouvr. cité. 115.

(2) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, 241.

(3) Féré. Id., 1890, obs. LXXV, 267.

(4 Féré. Id., obs. LXX 259.

(5) Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante*. Th. Lyon, 1883.

(6) Joffroy. Nature et traitement du goître exophthalmique. *Progrès Médi.* 1874, 61. Martin. *Troubles psychiq. dans la maladie de Basedow*, Th. Paris, 1890.

(7) Raymond et Sérieux. Goître exophthalmique et dégénéresc. *Revue de médecine*, 1892, 961 et suiv.

(8) Brunet. *Dégénérescence mentale et goître exophthalmique*, Th. Paris, 1893.

(9) Dejerine. Ouvr. cité, tableau XLIII, entre p. 152 et 153.

(10) Breton. *État mental dans la chorée*, Th. Paris, 1893, 101.

(11) Huet. *De la chorée chimique*, Th. Paris 1889, 24 et suiv.

(12) In Dejerine. Ouvr. cité, tableau XXVIII, entre p. 134 et 135.

Les maladies mentales s'observent chez les parents des individus atteints de paralysie agitante, comme l'ont montré les travaux de M. Féré (1), de M. Leroux et de M. Lhirondel. On peut, comme exemple, citer celui d'une famille observée par Charcot (2). Le père était aliéné et mourut à Bicêtre ; il eut deux enfants, dont une fille qui se jeta de la fenêtre dans un accès de délire, et un garçon atteint de maladie de Parkinson et de mélancolie.

Les individus atteints de *tremblement sénile* (3) et de *tremblement essentiel héréditaire* (4), ont parfois des parents vésaniques. Il en est de même des malades affectés de *tics* (5), de *paralysie faciale* (6), de *maladies de Thomsen* (7), de *migraine* (8) qui, dans sa forme précoce, serait un stigmate névropathique de grande valeur (Joffroy). Une autre maladie convulsive, le *tétanos* (9), frappe souvent, dans les familles à tares psychopathiques, ainsi que le montre le tableau généalogique de M. Edwards, où l'on voit cette maladie associée avec un délire aigü, la manie puerpérale, l'imbécillité, etc.

On tend aujourd'hui à considérer la *neurasthénie* comme la souche de la plupart des maladies nerveuses et mentales (10). Bien qu'elle puisse même survenir en dehors de toute prédisposition, on a constaté quelquefois son apparition dans des familles de vésaniques.

(1) Féré. La famille névropathique, 1884, ouvr. cité, p. 26.

(2) In Dejerine. Ouvr. cité, 142.

(3) Thébéault. *Et. clin. sur le tremblement sénile*, Th. Paris, 1882.

(4) Hamaide. *Du tremblement essentiel hérédit. et de ses rapports avec la dégénér. ment.*, Th. 1893,

(5) Féré. La famille névropathe, 1884, ouvr. cité, 29. — Gilles de la Tourette. Etude sur une affection nerv. caractérisée par de l'incoordine motr., accompagnée d'écholalie et de copolalie. *Arch. de Neur.*, 1885, IX, 36 et 41.

(6) Neumann. Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite à frigore. *Arch. de Neurol.*, 1887, XIV, observ. II, VII, VIII, X, XI, XII.

(7) Thomsen, qui a observé dans sa famille la maladie qu'il a décrite, a constaté de nombreux cas d'aliénation mentale parmi ses parents.

(8) Féré. L'état de mal migraineux. *Revue de Médecine*, 1892, 25 et 81. Les statistiques de M. Féré (*les épilepsies et les épileptiques*, 1890, 241), montrent que la migraine et les vésanies sont souvent associées dans les familles des épileptiques.

(9) In Dejerine Ouvr. cité, 162.

(10) Mathieu. *La neurasthénie*. Collect. Charcot-Debove.

Ce qui est certain, c'est que les neurasthéniques engendrent souvent des névropathes et notamment des aliénés (1).

Parmi les affections du système nerveux à lésion connue, il faut d'abord citer le *tabes*, qui a été fréquemment observé dans les familles de vésaniques. Cette association morbide avait déjà été notée par Trousseau (2) ; elle a été souvent mise en lumière par Charcot. Une étude minutieuse de 138 cas d'ataxie locomotrice a permis à MM. Ballot et Landouzy (3) de confirmer cette opinion. Ces auteurs ont en effet rencontré, sur 130 faits, 35 cas où l'hérédité névropathique et psychopathique existait. Féré (4) et M. Nageotte (5) ont rapporté plusieurs observations où le tabès et l'aliénation mentale se sont montrés dans les mêmes familles. Dans l'*ataxie héréditaire de Friedreich*, où l'hérédité similaire est fréquente, les antécédents vésaniques des parents ont été signalés quelquefois (6).

Des cas de vésanies ont été observés chez les parents d'individus atteints d'autres maladies nerveuses et notamment de *paralysie infantile* (7), d'*atrophie musculaire progressive* (8), de *myopathies primitives* (9), de *paralysie pseudo-hypertrophique* (10), de *paralysie labio-glosso-laryngée* (11), de *sclérose en plaques* (12), de *myélites diffuses chroniques* (13), etc.

(1) Dejerine. Ouvr. cité, 169.

(2) Trousseau. *Clin. méd. de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1862, II, 188.

(3) Ballet et Landouzy. Du rôle de l'hérédité nerv. dans la genèse de l'ataxie locomot. progressive. *Ann. med. psych.*, 1884, XI, 29.

(4) Féré. La famille névropathique, 1884, ouvr. cité, 35 et 36.

(5) Nageotte. *Tabes et paralysie générale.* Th. Paris, 1893, obs. I. II, III, VII, XIV.

(6) Dejerine. Ouvr. cité, 196 et suiv.

(7) Féré. La famille névropathique, 1884, ouvr. cité, obs. LIX, 37. — Dejerine. Ouvr. cité, obs. LXIII, LXIV, LXV et LXVII, 203 et 206.

(8) Féré. Ouvr. cité, obs. LXI, 38.

(9) Dejerine. Ouvr. cité, 207 et 208. — Landouzy et Dejerine. De la myopathie atrophique progressive. *Revue de méd.*, 1887, 88.

(10) Dumlop. *Journ. of. mental. science*, 1882, 144.

(11) Féré. La famille névrop., 1884, ouvr. cité, obs. LXV, 39.

(12) Féré. La famille névrop., 1884, ouvr. cité, obs. LXVI, LXVII, LXVIII, LXX, 39 et 40.

(13) Grasset. *Traité des maladies du syst. nerveux.* 2e édit., 431.

La plupart des maladies nerveuses peuvent se rencontrer dans des familles où il existe des accidents mentaux. Mais, le plus souvent, les auteurs se sont contentés de noter cette coexistence sans rechercher une proportion même approximative des cas de névropathies associées héréditairement à la folie. Si l'on considère que très souvent il ne s'agit que d'une ou de peu d'observations, il faut avouer que les faits ne sont pas nombreux qui confirment cette croyance à l'association habituelle des accidents psychopathiques et névropathiques dans les mêmes familles. Toutefois, la fréquence de cette association est très probable, et l'on peut l'admettre, malgré la rareté relative des documents.

A cause de l'importance de la question, je dirai ici quelques mots sur l'hérédité spéciale de la paralysie générale et de l'alcoolisme.

On a vu plus haut que la paralysie générale ne se transmettait pas d'ordinaire, mais on rencontre, parmi les ascendants des paralytiques généraux, des vésaniques (1), dans une proportion bien supérieure à ce que l'on croit généralement, ainsi que l'a montré le M. Pr Joffroy dans plusieurs de ses leçons à Ste-Anne. Cette opinion avait d'ailleurs été celle défendue par les premiers observateurs, par Bayle et par Calmeil notamment. M. Joffroy (2) l'a reprise et élargie comme on le verra plus loin ; et pour lui la paralysie générale est une maladie dont la cause essentielle réside dans les tares vésaniques et névropathiques des ascendants ; l'alcool, la vérole, le surmenage physique et mental ne peuvent qu'arroser le germe prêt à se développer sous certaines conditions. M. Marandon de Montyel (3) a publié des observations où l'hérédité vésanique était manifeste et où la plupart des malades avaient une courte survie, contrairement à l'opinion de M. Doutrebente (4), qui avait remarqué que la paralysie générale survenant chez les héréditaires vésaniques

(1) Marcé. Ouv. cité, 169. — Luys. *Traité clin. et prat. des malad. mentales*, 1881, 546.

(2) Joffroy. Leçons professées à Ste-Anne, 1894-95.

(3) Marandon de Montyel, Marche de la paralysie chez les hérédit. *Ann. méd. psych.* 1878, XX, 332.

(4) Doutrebente. *Recherches sur la paralysie générale progressive*, Th. Paris, 1870, 50. Des différentes espèces de rémissions durant le cours de la paralysie générale progressive. *Ann. méd. psych.*, 1878, XIX, 341.

présentait une durée plus longue et était sujette à des rémissions, fait d'observation entrevu par Lunier et Legrand du Saulle (1). Cette dernière opinion a été reprise ultérieurement par M. Lionnet (2); enfin M. Sauton (3) a soutenu que l'hérédité vésanique est la cause du délire des paralytiques généraux, lequel ne se produirait pas en dehors d'elle.

Ce qui paraît établi depuis Baillarger, c'est que les paralytiques généraux sont souvent des descendants de sujets apoplectiques et congestifs.

M. Doutrebente a mis nettement ce fait en lumière dans sa thèse (4); et après lui M. Bouchoir (5). MM. Ball et Régis (6), comparant 100 familles de paralytiques généraux à 100 familles d'individus apparemment sains, ont remarqué que les affections cérébrales et médullaires (convulsions, méningite, apoplexie, paralysie infantile, etc.), figuraient environ deux fois plus dans celles-là que dans celles-ci, et aussi que les descendants des paralytiques étaient des cérébraux et des médullaires et presque jamais des aliénés. Aussi, concluaient-ils avec une certaine hardiesse « que l'enfant d'un paralytique, par ce seul fait qu'il est l'enfant d'un paralytique, n'est nullement prédisposé à devenir fou ». La paralysie générale juvénile apparaît souvent chez des individus issus d'alcooliques et qui avaient manifesté dès leur première enfance une émotivité réellement morbide (Joffroy) (7). C'est dans cette forme que l'on rencontre la plus grande accumulation des tares héréditaires (Legrain) et même la syphilis ancestrale (Régis).

(1) *Ann. méd. psych.*, 1877, XVIII, 426.

(2) Lionnet. *Des variétés de la paralysie générale dans leurs rapports avec leur pathogénie*, Th. Paris, 1878.

(3) Sauton. *De l'hérédité morbide et de ses manifestations vésaniques dans la paralysie générale*, Th. Paris 1883.

(4) Doutrebente. *Recherches sur la paralysie générale progressive*, Th. Paris, 1870, 52.

(5) Bouchoir. *Consid. étiol. et médic. légales sur la folie paralytique*, Th. Paris, 1874, 6.

(6) Ball et Régis. Les familles des aliénés au point de vue biologique, *Encéphale*, 1883, 431.

(7) Joffroy. *La paralysie générale juvénile.* Leçon faite à l'asile Sainte-Anne.

L'étude des familles des alcooliques donne lieu à des considérations intéressantes. On sait depuis Lasègue (1) que le penchant à boire est souvent un indice de tempérament névropathique; il en est de même de la moindre résistance à l'alcool. On a vu que les parents des alcooliques l'étaient bien souvent eux-mêmes. Mais parmi les ascendants et collatéraux des alcooliques, on a noté des sujets déséquilibrés, des débiles, des impulsifs, des aliénés de tous genres, des individus atteints de lésions circonscrites de l'encéphale, des cérébraux (2), des paralytiques généraux (3). Les rejetons des alcooliques sont par ordre de fréquence (Martin, (4) Bourneville (5) Séglas et Sollier), des épileptiques (6), des idiots et des imbéciles (7), des vésaniques de toute espèce et aussi des hystériques (8). M. Legrain (9) a remarqué que les descendants des ivrognes étaient de plus en plus frappés par la dégénérescence à mesure que les générations se succédaient. L'intoxication alcoolique est probablement, à cause des troubles de nutrition permanente qu'elle engendre, le facteur héréditaire peut-être le plus considérable des vésanies. M. Joffroy (10) insiste avec raison sur ce fait dans ses leçons, et pour ce professeur l'alcoolisme des parents, conscient ou inconscient, avoué ou non, est la tare la plus commune que l'on puisse rencontrer dans l'hérédité des aliénés et celle qui a peut-être le plus de puissance. Dans son importante leçon d'ouverture (11), il

(1) Lasègue. *Ét. médicale.* 1884. I, 141 et 424.

(2) Ball et Régis. Ouvr. cité, 734 et 737.

(3) Combemale. *La descendance des alcooliques,* Th. Montpellier, 1888, 178. Congrès des médecins aliénistes (1891), C. R. 1892, 374.

(4) H. Martin. De l'Alcoolisme des parents considérés comme cause d'épilepsie chez leurs descendants. *Ann. méd. psych.*, 1879, I, 48.

(5) Bourneville in Déjerine. Ouvr. cité, 115. — Féré. *Les Épilepsies et les épileptiques*, ouvr. cité, 241.

(6) Bourneville et Séglas. Les familles d'idiots, *Arch. de Neurol.* 1885, X, 190.

(7) Grenier. *Contrib. à l'étude de la descendance des alcooliq.* Th. Paris 1887. Obs. 8 et obs. 19.

(8) Sollier. Ouvr. cité, 134.

(9) Legrain. *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, 1895.

(10) Joffroy. Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, 1894-95.

(11) Joffroy. Alcool et alcoolisme, *Gaz. des Hôpitaux,* 1895, 237.

faisait remarquer que l'alcool frappait souvent les testicules, les rendant ainsi peu à peu impropres à la fonction de la reproduction ; cette notion aide à comprendre les fâcheux effets de l'intoxication alcoolique sur les descendants des ivrognes, rendus ainsi peu à peu inaptes à la procréation normale.

Antécédents diathésiques. — Dans les familles d'aliénés, il n'y a pas seulement que des névropathes de toute espèce, mais aussi des individus atteints de maladies générales. Portal (1) écrivait en 1814 qu'il avait observé une famille dont les individus étaient atteints successivement, de génération en génération, de manie, d'épilepsie ou de phthisie pulmonaire.

Plus tard Moreau (de Tours) (2) disait que les aliénés, les idiots, les scrofuleux et les rachitiques étaient les rejetons d'une même souche. On sait d'ailleurs que la plupart des maladies qui affectent primitivement la nutrition, sont étroitement unies et ne forment que deux diathèses, l'arthritisme et la scrofule, d'après M. Bouchard (3), l'herpétisme et la scrofule, d'après M. Lancereaux (4). Dans chacun de ces deux groupes, les états morbides divers, goutte, obésité, diabète, gravelle d'une part, lupus, tumeurs blanches, tuberculose, d'autre part, se succèdent et s'engendrent réciproquement dans une même famille. En outre, les deux états diathésiques, arthritique et lymphatique, ne sont pas très éloignés et sont au contraire unis par un caractère commun, le ralentissement de la nutrition (5).

On sait aussi les rapports intimes qui existent entre les maladies arthritiques et les maladies nerveuses (6), à tel point qu'on les a réunies sous la même dénomination nosologique *groupe neuro-arthritique*, dans lequel il faut faire rentrer le cancer (Verneuil,

(1) Portal. *Considérat. sur la nat. et le traitement des maladies de famille et des malad. héréditaires*, 3e édition, 1814, 36.

(2) Moreau (de Tours), *Psychologie morbide*, ouv. cité, 99.

(3) Bouchard. *Malad. par ralentiss. de la nutrition*, 2e édition, 1885.

(4) Lancereaux. *Leçons de Cliniq. méd.*, 3e série, 1890, p. 271. — *Traité de l'herpétisme*, 1883.

(5) Legendre. Ouv. cité, 254.

(6) Lepicard. *Nerveux et arthritiques*, Th. Paris, 1889.

Isch-Wall) (1). Les relations avec les psychoses ne sont pas moins évidentes, quoique moins connues. Un des travaux les plus complets sur cette question, est celui de M. Charpentier (2), qui a recherché les accidents arthritiques chez les parents de 338 aliénés. Sur ce nombre, 226 avaient des ascendants arthritiques (herpétiques, athéromateux, cardiaques, graveleux, rhumatisants). Mais les manifestations arthritiques le plus souvent rencontrées seraient les hémorrhoïdes, qui, à elles seules, représentent 85 cas. Baillarger et Féré (3) ont signalé dans les familles d'aliénés des rhumatisants, et MM. G. Guinon et Souques, des diabétiques (4).

MM. Mabille et Lallemant (5) ont publié plusieurs faits établissant la coexistence, dans des familles, de l'aliénation mentale et de la paralysie générale avec l'obésité, la goutte, l'eczéma, le diabète et le psoriasis.

Enfin, M. Crocq fils (6) a, par de nombreuses observations, établi la parenté morbide de l'aliénation mentale avec toutes ces maladies et en outre avec la gravelle hépatique et rénale, l'asthme, le rachitisme, la chlorose, le cancer et la tuberculose.

Antécédents moraux et intellectuels anormaux. — Enfin les vésaniques peuvent encore appartenir à des familles où se montrent des vicieux et des criminels, qui ne sont guère séparés entre eux que par des réglementations pénales. Les uns et les autres sont les proches parents des aliénés, comme les récents travaux de l'anthropologie criminelle l'ont montré. On trouvera de nombreux exemples de cette association morbide dans Lombroso (7). Penta (8)

(1) Isch-Wall. *Arthritisme et cancer,* Th. Paris, 1891.

(2) Charpentier. De la valeur des hémorrhoïdes et de quelques autres signes en aliénation mentale, *Ann. méd. psych.*, 1887, 283 et suiv.

(3) Baillarger. *Ann. méd. psych.* 1894, 329. — Féré. La famille névropath., *Arch. de Neurol.*, ouvr. cité, obs. LXXVI, 180.

(4) G. Guinon et Souques. Association du tabes avec le diabète sucré. *Arch. de Neurol.*, 1891, XXII, 311 et suiv. 1892, XXIII, 197 et suiv.

(5) Mabille et Lallemant, *Des folies diathésiques,* 1891.

(6) Crocq Fils. La folie diathésique, *Gaz. hebdom.*, 1894.

(7) Lombroso. *L'homme criminel,* 1887, 577 et suiv.

(8) Lombroso. In *Nouv. rech. de psych. et d'antropologie crimin.*, 1892, 107.

a trouvé dans les familles de 500 grands criminels, 50 cas d'aliénation mentale. Bien souvent, les révolutionnaires ont parmi leurs parents des névropathes, ainsi que l'a observé M. Laborde (1) pendant la Commune.

Les hommes de génie ou simplement de talent, en tant qu'êtres anormaux, appartiennent aussi quelquefois à des familles d'aliénés. On sait que Moreau (de Tours) a, le premier, affirmé nettement ce rapport morbide dans sa formule célèbre: « Le génie est une névrose (2) ». Dans ces derniers temps, cette question a été reprise par Lombroso (3). Toutefois, les observations documentées sur les familles d'hommes célèbres ne sont pas très abondantes (4) et le caractère morbide du génie, ou du moins de certains hommes de génie, a été surtout prouvé par les accidents qui ont été observés chez ces derniers.

On ne sait d'ailleurs pas trop au juste ce qui caractérise le génie, que l'opinion publique attribue aux individus les plus différents, à des fondateurs de religion comme à des hommes de guerre, à des écrivains ainsi qu'à des savants. La foule tend à voir du génie là où il y a des facultés exceptionnelles, qui, très souvent, coexistent avec d'autres facultés moyennes ou faibles. Le criterium de ce don naturel extraordinaire n'est pas toujours dans l'utilité des individus qui le possèdent. Ce ne sont pas non plus les hommes les mieux organisés pour le jugement et la mémoire, qui sont sacrés grands. Il faut que la matière sur laquelle ils s'exercent les porte.

Un savant modeste, travaillant avec une extraordinaire lucidité dans un horizon étroit, la minéralogie par exemple, sera difficilement accepté comme génial. Par contre, un inventeur heureux qui aura fait une découverte retentissante sera l'élu du public, quoique peut-être d'une médiocre intelligence. A ce point de vue, on se représente l'homme de génie comme « percevant des rapports

(1) Laborde. *Les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide*, 1872.

(2) Moreau (de Tours). *Psychologie morbide*, ouvr. cité, 464.

(3) Lombroso. *L'homme de génie*, Alcan, 1889.

(4) Moreau (de Tours). *Psychologie morbide*, ouvr. cité, 469 et suiv.

inconnus jusque-là (1) » ; par ce côté, il est d'une organisation cérébrale anormale et appartient à la neuropathologie. Mais il faut se méfier de la tendance qu'on a à trouver des défauts chez les grands hommes, dont tous les caractères sont grossis. D'autre part, il y a parmi eux, surtout des artistes, c'est-à-dire des gens d'une organisation nerveuse, délicate congénitalement et surmenée par leur genre de travail et leur manière de vivre. Il est à craindre que l'on généralise de ceux-là, qui sont les plus célèbres des hommes de génie, à tous les autres.

En résumé, dans les familles d'aliénés, on a rencontré, plus ou moins fréquemment, d'autres vésaniques, des névropathes, des sujets appartenant à la diathèse arthritique, des scrofuleux, des tuberculeux, enfin des vicieux, des criminels et même des hommes doués de facultés intellectuelles exceptionnelles.

On pourrait encore citer les malformations congénitales souvent associées dans les mêmes familles à toutes les tares énumérées plus haut ; mais on sait qu'elles se présentent peut-être encore plus volontiers chez le même sujet. Aussi, est-ce comme stigmates de la dégénérescence que je les passe plus loin en revue.

Quant aux simples déséquilibrations n'entraînant pas l'internement de l'individu, elles se rencontrent fréquemment chez les parents des aliénés. Et comme elles sont souvent ignorées par les membres de la famille, elles manquent ordinairement aux antécédents héréditaires portés dans les feuilles d'observations (2), M. Joffroy qui revient souvent sur ce point, racontait un jour à ce propos, l'histoire d'un homme occupant à Paris une haute situation de fortune et de rang, et qui était pris de temps à autre du singulier désir de revêtir des vêtements de femme, des linges fins et ornés de dentelles. Il satisfaisait ce penchant morbide chez une maîtresse qui était seule à connaître cette tare psychique. Si, plus tard, les enfants de ce névropathe deviennent aliénés, il est fort probable que dans l'ignorance des perversions génitales de leur père, on les déclare exempts de tout vice héréditaire.

L'existence de beaucoup de ces associations morbides n'est prouvé que par un petit nombre de faits. On ne sait pas non plus

(1) Féré. *La Path. des Emot.*, 1892, 529.

(2) Joffroy. Leç. faites à l'asile Sainte-Anne.

exactement dans quelle proportion les familles d'aliénés ont plus de névropathes et d'arthritiques que les familles dites saines. Le plus souvent les auteurs se sont contentés de citer des cas où des parents étaient à la fois fous et atteints de telle ou telle maladie nerveuse. Or il n'est pas interdit à un vésanique d'avoir eu une mère ou un oncle asthmatique, tétanique ou atteint de sclérose en plaques. D'autre part, certaines maladies, celles du groupe arthritique et la tuberculose, sont tellement communes, qu'il serait plutôt extraordinaire de ne pas les rencontrer fréquemment chez les parents des aliénés. Pour dire que ces affections sont le plus souvent associées aux maladies mentales, il faudrait d'abord savoir dans quelle proportion elles frappent les familles saines et dans quelle autre proportion elles se montrent chez les familles des vésaniques. Or, ces deux éléments du problème, le premier surtout, manquent ordinairement.

Les recherches sont en effet très difficiles et laissent aux observateurs une telle liberté dans la détermination des limites du sujet que les résultats n'en sont point comparables entre eux. Ainsi, M. Charpentier (1) a rencontré dans les familles de 338 aliénés, 226 où existaient des accidents arthritiques, observés dans 67 °/₀ des cas ; tandis que MM. Ball et Régis (2) n'ont trouvé dans les familles de 100 psychopathes que 24 *cas* (dont plusieurs pouvaient appartenir à la même famille) d'affections arthritiques (3), soit à peu près 25 °/₀, proportion inférieure de moitié environ à celle que ces auteurs ont relevée dans les familles dites saines. D'où il résulte que, pour MM. Ball et Régis, les maladies du groupe arthritique seraient non-seulement beaucoup plus rares chez les parents des aliénés que ne l'a trouvé M. Charpentier, mais même moins fréquentes que dans les familles d'individus sains. Il est clair que le champ où se sont exercées ces deux statistiques, était bien plus étendu dans un cas que dans l'autre.

Ce qui manque surtout, c'est la famille étalon, la famille saine, où n'aurait été constaté aucun des nombreux accidents psycho-

(1) Charpentier. De la valeur des hémorrhoïdes, etc., ouv. cité, 287.

(2) Ball et Régis, ouvr. cité, 534 et 535.

(3) Je compte dans ces 24 cas les 16 affections de l'appareil circulatoire, les 4 maladies des reins et de la vessie, et les 4 cas de goutte et de rhumatisme.

neuro-arthritiques. Je doute d'ailleurs qu'elle existe. Tout au moins peut-on admettre que dans certaines familles, ces accidents sont très peu nombreux. Mais à quel chiffre ces derniers rendront-ils morbide le groupe biologique? Personne ne peut répondre à cette question. Pour montrer l'arbitraire avec lequel chacun peut la trancher, il suffit de comparer les chiffres de deux tableaux construits avec beaucoup de soin par MM. Ball et Régis (1).

**Maladies observées chez les familles de 100 individus.**

| | Normaux | Aliénés |
|---|---|---|
| Affections cérébrales et médullaires ..... | 63 | 66 |
| Nervosisme, névroses, suicide, folie ..... | 17 | 92 |
| Affections arthritiques (cardiaques) ..... | 28 | 6 |
| » (anévrysmes) ..... | »» | 4 |
| » (hydropisie) ..... | 5 | 6 |
| » (de la vessie et des reins) . | 11 | 4 |
| » (goutte et rhumatisme) ... | 12 | 4 |
| | 136 | 184 |
| Nombre total des cas observés ..... | 1497 | 1401 |
| Soit une proportion de ..... | 9.08 0/0 | 13.13 0/0 |

On peut constater que si, dans les familles d'individus considérés normaux par MM. Ball et Régis, il y a cinq fois moins de névroses et de maladies mentales que dans les familles d'aliénés, il y a tout autant d'affections cérébrales et médullaires, plus du double d'accidents morbides que l'on peut plus ou moins légitimement rattacher à l'arthritisme, et qu'au total il y a, dans les deux groupes familiaux, à peu près également (9 et 13 °/₀) d'affections psycho-neuro-arthritiques.

De tous les faits exposés au cours de cet article, quelques conclusions peuvent être tirées ainsi que je l'ai déjà fait (2), dans une récente revue sur cette question. Dans les familles des aliénés, les psychopathies sont fréquentes et de formes diverses. Rarement, le même accident vésanique s'observe chez les ascendants et les des-

(1) Ball et Régis. Ouvr. cité, 412, 413, 534 et 535.

(2) Ed. Toulouse. L'hérédité dans les maladies mentales. *Gaz. des Hôpitaux*, 1895, 163.

cendants. Encore lorsque le phénomène a lieu (folie, suicide, idées de persécution), peut-on se demander si la contagion, l'exemple, ne sont pas les véritables facteurs de cette similitude des manifestations de la folie. Ordinairement donc les aliénés appartenant à une même famille ne se ressemblent pas ; et leurs parents ne sont pas toujours des fous. Souvent on rencontre à leur place des névropathes, en nombre peut-être aussi considérable que les aliénés. On n'ignore pas qu'on observe parfois aussi des individus arthritiques ou scrofuleux, des vicieux, des criminels et des esprits anormaux dans des proportions encore indéterminées.

On sait enfin que tous ces individus se retrouvent souvent dans ces associations familiales, et que cette coexistence plus ou moins fréquente a donné l'idée de les réunir dans un même groupe biologique, *la famille névropathique*. Pour M. Féré (1), qui a le premier fait cette synthèse pathologique, inspirée par les travaux de Moreau (de Tours), ces états morbides si distincts en apparence se rapprochent en ce qu'ils sont tous des manifestations différentes de la déviation de la nutrition normale et sont les symptômes à des degrés divers de la dégénérescence d'une race.

Comme cet auteur le soutient fort justement, en poursuivant une idée de Morel, on ne peut pas dire qu'il y ait réellement d'hérédité morbide, puisqu'il n'y a qu'exceptionnellement transmission de l'état pathologique. Il y a plutôt interruption de l'hérédité normale et les rejetons naissent avec des tares diverses qui ne sont point forcément semblables à celles de leurs parents. Ce qui les caractérise, c'est, d'une façon négative, qu'ils ne ressemblent plus à leurs ancêtres ; les qualités de la race ne leur ont pas été léguées ; mais ils se ressemblent entre eux par leurs malformations anatomiques et par leurs troubles fonctionnels, et c'est en cela qu'ils forment une famille tout artificielle, le groupe des dégénérés, c'est-à-dire des individus moins capables que la moyenne des gens à s'adapter à leur milieu.

Une incursion rapide dans le domaine de la biologie normale et pathologique nous avait montré que l'hérédité des caractères acquis ou des maladies était chose rare. Des faits rapportés plus haut, il résulte que l'hérédité psychopathique est, au sens exact de la défini-

(1) Féré. La famille névropathe, 1884, ouv. cité.

tion, chose exceptionnelle. Les vésanies ne se transmettent pas d'ordinaire, ni les maladies nerveuses non plus.

M. Christian (1) a insisté avec raison sur ce fait qu'elles ne passaient pas fatalement des parents aux enfants ; souvent même des rejetons sont frappés et d'autres non. L'hérédité régressive, c'est-à-dire faisant retour aux caractères normaux de la race, serait plus fréquente qu'on ne le croit, ainsi que l'a dit M. Charpentier (2).

Mais il n'en reste pas moins que, dans les familles névropathiques, la folie, les névroses, les lésions du myélencéphale paraissent plus communes que dans les autres. Alors ? Faut-il incriminer, avec les partisans de Weismann, les générateurs et surtout les femmes qui nourrissent neuf mois le fœtus ? Les cellules génératives des individus atteints de tares graves ou intoxiqués, les cellules de l'être futur prendraient ainsi, même avant la naissance, de mauvaises habitudes biologiques. Plus tard, elles ne pourraient se développer parfaitement et aboutiraient le plus souvent à des organes imparfaits, à des systèmes nerveux débiles. Les rejetons seraient ainsi frappés de faiblesse congénitale, et plus tard, toutes les maladies, toutes les secousses physiques et morales, pourraient, avec la plus grande facilité, retentir fâcheusement sur ces terrains prédisposés aux névropathies.

Ce qui crée la diversité des troubles morbides, c'est le hasard, les arrêts de développement et aussi l'influence des conditions extérieures du milieu, qui, par l'éducation, par l'instruction, le genre de vie, l'hygiène, l'exemple psychologique, les conditions sociales, donnent la diversité d'aspect de la floraison psychopathique.

(1) Christian. *Ann. méd. psych.*, 1886, IV, 258 et suiv.

(2) Charpentier. De l'hérédité pathol. régressive en aliénation ment. *Revue générale de Cliniq. et de thérapeuth.*, 1891, 65.

# CHAPITRE II

## FACTEURS CONGÉNITAUX

Les causes congénitales, qui prédisposent un sujet à l'aliénation mentale, sont très nombreuses et presque illimitées ; et l'on tend aujourd'hui à les substituer à l'hérédité, dont l'influence est au contraire très diminuée. L'action prépondérante de la mère dans la transmission des maladies et en particulier des vésanies, est un argument important en faveur de cette nouvelle manière de voir. Il est certain en effet que, durant la gestation, les échanges nutritifs continuels entre la mère et le fœtus sont des conditions très favorables au passage, dans l'être en formation, de poisons divers. Or, on sait que les substances chimiques, le plomb par exemple, les éléments pathologiques figurés et les sécrétions peuvent filtrer à travers le placenta [1] plus ou moins altéré.

Il est donc très probable que les poisons fabriqués par la mère au cours d'un trouble de la nutrition puissent, par cette voie, atteindre le fœtus ; or, il n'est pas de maladies mentales qui ne s'accompagnent de désordres plus ou moins profonds de la nutrition et par conséquent d'auto-intoxication [2].

On sait, d'autre part [3], que toutes les substances toxiques (alcool, essences diverses, cultures microbiennes) pénétrant dans l'albumine des œufs de poule en incubation, peuvent déterminer des malformations congénitales diverses. Il n'est donc pas étonnant qu'un état de névropathie de la mère aura pour conséquence de déterminer une nutrition défectueuse de l'embryon. On conçoit aussi que

(1) Charrin. Ouvr. cité, 39 et suiv.

(2) Régis et Chevalier Lavaure. *Des auto-intoxicat. dans les mal. ment.* Rapport au Congrès des Médecins aliénistes. Session de La Rochelle (1893).

(3) Féré. *Société de Biologie*, 1894.

plus l'individu sera malade, plus les chances seront grandes pour le fœtus de mal se développer. Mais toutes les maladies qui ont pour principal résultat d'altérer le rythme et la forme des échanges nutritifs pourront avoir les mêmes effets tératogéniques. Telles les diathèses arthritiques et scrofuleuses, la tuberculose pulmonaire, et, d'une façon générale, la plupart des maladies chroniques ainsi que les émotions qui ont des conditions somatiques analogues.

Les enfants nés dans des périodes sociales tourmentées, sont très souvent débiles et prédisposés aux maladies nerveuses et mentales. Esquirol (1) avait remarqué que plusieurs femmes enceintes, durant la Révolution, avaient mis au monde des sujets que la plus légère cause rendait aliénés. L'expression, *enfant du siège,* a été appliquée aux individus conçus durant le dernier investissement de Paris (2).

Les émotions, la mauvaise alimentation, l'alcoolisme durant la grossesse sont les causes principales qui déterminent un développement anormal de l'embryon.

Les traumatismes supportés par les femmes enceintes peuvent avoir les mêmes fâcheuses conséquences sur le fœtus. Et l'on peut être tenté, comme l'a fait remarquer M. Bouchereau (3), de mettre sur le compte de l'hérédité alcoolique ou épileptique, des malformations congénitales qu'une chute, sous l'influence de l'ivresse ou du mal comitial, peut provoquer sur un fœtus porté durant ces moments.

Il semble que les monstres soient plus fréquents dans les classes où les femmes se livrent, durant leur grossesse, à des travaux parfois pénibles. Dareste (4) a d'ailleurs montré, par des expériences inspirées par les travaux de Geoffroy Saint-Hilaire, que l'on pouvait produire des monstres en agissant sur des œufs de poule, par des secousses mécaniques, en les plaçant dans la position verticale ou même en les soumettant à des températures trop élevées. De ces recherches et de celles de M. Féré, il résulte cet autre fait qu'il est

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 67.

(2) Féré. Les enfants du siège, *Progrès médical.* 1884, 245.

(3) Bouchereau. *Ann. méd. psych.*, 1886, IV, 97.

(4) Dareste. *Production artificielle des monstruosités.* 2e édition, 1891.

bon de noter que la cause tératogénique ne paraît pas retentir sur la forme de la monstruosité.

Tout ce qui a été dit de la mère peut s'appliquer au père, bien que les phénomènes soient là plus obscurs. On conçoit cependant que les cellules génératives mâles souffrent chez un individu intoxiqué ou atteint de maladie générale, dans leur constitution chimique et soient ainsi frappées dans leur puissance de développement.

Il y a longtemps qu'Esquirol, Seguin, Lucas, Morel ont remarqué que les enfants conçus en état d'ivresse devenaient souvent des aliénés ou des névropathes. On sait d'ailleurs que l'influence de l'état physique et mental des procréateurs sur leur produit est connue depuis la plus haute antiquité. Hésiode, dit-on, prescrivait l'abstention du coït après les cérémonies funèbres, pour éviter de mettre au monde des enfants mélancoliques. Un fils de Louis XIV et de Mme de Montespan, engendré durant la tristesse et l'émotion du jubilé, hérita d'un tempérament qui le fit appeler l'enfant du jubilé (1). Dans les cas les plus nombreux où le facteur dégénératif est l'ivresse du père durant le coït, il faudrait admettre, s'ils étaient vérifiés, que l'alcool imprime aux spermatozoïdes, une altération qui trouble leur développement ultérieur. Cela expliquerait aussi l'influence de l'hérédité alcoolique que l'on retrouve si souvent parmi les antécédents des aliénés. Les facteurs congénitaux, dans la genèse de la prédisposition vésanique, sont très importants, bien qu'il ne soit pas facile de les étudier. Mais ce n'est pas une raison pour les négliger. Aussi M. Bouchereau (2) a eu raison d'insister pour qu'on leur fasse une place importante dans l'étiologie de la dégénérescence.

(1) Lucas. Ouvr. cité, II, 504.

(2) Bouchereau. *Ann. méd. psych.*, 1886, IV, 97.

## CHAPITRE III.

### PRÉDISPOSITION ACQUISE

Je m'étendrai peu sur ce chapitre qui n'a pas d'autonomie légitime dans ce livre. La prédisposition vésanique peut s'acquérir dans les premiers âges de la vie par les mêmes facteurs que durant le sommeil embryogénique ; mais alors les influences extérieures agissent directement chez l'être en voie de développement comme chez l'adulte, et plus fortement encore. C'est ainsi que l'alcoolisme s'observe chez un enfant qu'on accoutume de très bonne heure à faire usage de boissons enivrantes, ou encore par l'intermédiaire d'une nourrice qui boit. On sait, en effet, que l'alcool absorbé par une femme qui allaite, retentit parfois fâcheusement sur le nourrisson et l'intoxique, ainsi que M. Vernay (1), M. Charpentier (2) et moi-même (3) l'avons nettement observé.

Toutes les maladies cérébrales, qui indiquent d'ailleurs une souche névropathique, amènent souvent, surtout survenant dans le jeune âge, une déséquilibration nerveuse, une véritable dégénérescence. Les fièvres éruptives, toutes les maladies graves, un traumatisme, ont parfois le même résultat. Le genre de vie, les mille influences du milieu où s'élève l'individu, peuvent le modifier profondément.

Plus tard, quand le sujet est devenu adulte, il n'échappe pas aux causes dégénératives qui sont nombreuses. Toutes les conditions de dénutrition, la misère, les maladies graves, ont quelquefois comme

(1) Vernay. Convuls. par alcool chez un nouveau-né, *Lyon médical*, nov. 1872.

(2) Charpentier. Infl. de l'alcool de la nourrice sur les convulsions du nourrisson. *Bull. de la Soc. protect. de l'enf.*, 1873.

(3) Ed. Toulouse. Convuls. infant. par alcool de la nourrice. *Gaz. des Hôpit.* 1891, 914.

TON MEDICAL
JAN 12 1912
LIBRARY

conséquence de détraquer l'individu. Il faudrait passer en revue la pathologie entière pour décrire l'influence de ces troubles pathologiques sur l'étiologie de la dégénérescence. On sait que la neurasthénie est considérée, avec quelque raison, par certains auteurs, comme pouvant devenir l'origine de la déséquilibration d'une personne et par conséquent d'un de ses rejetons. Or, toutes les causes de la neurasthénie, et elles se résument en une seule, l'épuisement nerveux, sont les mêmes accidents pathologiques capables de créer une prédisposition acquise aux vésanies.

Ici encore, le rôle de l'alcoolisme comme facteur de la prédisposition acquise est absolument prépondérant. M. Joffroy a montré souvent des malades que des excès d'alcool avaient mis dans un état de prédisposition très grande aux troubles psychopathiques. C'est ainsi qu'il expliquerait, dans la plupart des cas, l'apparition d'hallucinations, et notamment d'hallucinations unilatérales chez des individus ayant des lésions cérébrales ou des altérations sensorielles périphériques. Les irritations des centres auditifs consécutifs à ces lésions sont bien supportées par le malade ; l'alcool survient, et le cerveau, affaibli dans son pouvoir de contrôle, se laisse envahir par les hallucinations (1). On peut dire encore, en utilisant une des comparaisons familières de M. Joffroy, que tous ces accidents pathologiques, semblables aux grands mouvements des flots qui découvrent des écueils cachés, font apparaître une prédisposition qui restait latente dans des conditions biologiques normales.

(1) Joffroy. *Les halluc. unilatér.* Leçon faite à Sainte-Anne, déc. 1894.

# CHAPITRE IV.

## THÉORIES DE LA DÉGÉNÉRESCENCE

Que la prédisposition vésanique soit transmise par les ascendants ou acquise par l'individu, elle tend à se manifester chez les sujets et dans les familles par des caractères spéciaux, déjà entrevus par Esquirol (1) et Griesinger (2). Mais c'est Morel qui a le plus contribué à l'étude de cette question. D'après lui, l'hérédité vésanique et d'autres causes, telles que les intoxications (alcoolisme), certaines maladies infectieuses (impaludisme), ont pour résultat d'imprimer à la longue, dans la descendance, un état congénital de débilitation mentale et physique, qu'il a appelé la dégénérescence (3). L'hérédité psychopathique se trahit par des troubles mentaux et des *stigmates physiques* de plus en plus graves, à mesure qu'elle se transmet de génération en génération, et finit par aboutir à la stérilité de la race et à son extinction (4). Morel avait surtout en vue la dégénérescence causée par l'hérédité vésanique accumulée. Il en découvrit certains caractères somatiques et psychiques, auxquels M. Magnan en ajouta beaucoup d'autres et qu'il essaya de réunir dans une vaste synthèse, exposée dans ses travaux et ceux de ses élèves (5).

Mais ces stigmates, constatés d'abord chez les héréditaires, furent observés chez des sujets, qui devaient vraisemblablement leur déséquilibration à d'autres causes, et notamment à des influences congénitales, ainsi que l'a bien mis en lumière M. Bouchereau (6).

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 65.

(2) Griesinger. Ouvr. cité, 189 et suiv.

(3) Morel. *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, 1857.

(4) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 571 et suiv.

(5) Magnan et Legrain. *Les dégénérés*, 1895. — Legrain. *Du délire chez les dégénérés*, Th. Paris, 1886.

(6) Bouchereau, *Ann. méd. psych.*, 1886, IV, 97 et suiv.

Il fallut donc étendre l'origine de la dégénérescence, qui pouvait avoir ainsi des facteurs héréditaires et congénitaux ou encore être acquise par l'individu.

Voyons d'abord les faits, c'est-à-dire les signes par lesquels on a caractérisé la déchéance physique et mentale des prédisposés vésaniques.

Les malformations observées chez eux sont très nombreuses. On les trouve surtout chez les héréditaires ou chez ceux dont les aptitudes névropathiques ont été acquises avant leur complet développement. Elles manifestent toutes une déviation du type anatomique et physiologique normal de l'espèce. La liste complète en serait longue ; je me contenterai de citer les principales (1).

Les dégénérés restent souvent des infantiles (2) à la barbe rare, aux muscles grêles, aux os minces. Leurs caractères sexuels sont peu tranchés, les hommes étant atteints de féminisme et présentant des organes génitaux incomplètement développés, des cuisses rondes, un bassin large, un thorax étroit et parfois des mamelles assez volumineuses (gynécomastie) (3) ; les femmes, au contraire, étant très poilues et possédant une voix basse, un bassin peu ample, des seins petits ou atrophiés (masculisme).

Quelquefois les dégénérés sont d'une taille au-dessous de la moyenne ou sont atteints d'albinisme, de mélanisme ou encore présentent des nœvi. Le crâne est tantôt petit (microcéphalie), bien que les sutures soient rarement synostosées prématurément (4), tantôt gros, par hydrocéphalie par exemple ; quelquefois il est irrégulier (plagiocéphalie, scaphocéphalie, trigonocéphalie, acrocéphalie). La face peut être frappée d'asymétrie, qui se manifeste par des déformations très nombreuses, sur lesquelles a insisté Lasègue, dans l'étiologie de l'épilepsie, et parfois par du prognathisme. Les

(1) On en trouvera une longue énumération dans Féré. La *Famille névropath.*, 1894, 252 et suiv. et Magnan et Legrain. *Les dégénérés*, 1895.

(2) Féré. Contrib. à l'étude des équivoques des caractères sexuels accessoires. *Revue de médecine*, 1893, 600.

(3) Laurent, *Les gynécomastes*, Thèse, Paris, 1888. — Laurent, De l'hérédité des gynécomastes, *Annales d'hygiène publ. et de méd. légale*, 1890, XXIV, 43.

(4) Bourneville, Du traitem. chirurg. et médico-pédagog. des enf. idiots et arriérés (*Prog. méd.* 1893, 465).

muscles de la face eux-mêmes sont fréquemment plus développés d'un côté que de l'autre, ce qui donne à la physionomie une expression particulière.

Mais c'est encore l'oreille qui fournit le plus grand nombre d'irrégularités. Celles-ci, bien étudiées par MM. Féré et Séglas (1), consistent dans un volume plus grand ou plus petit du pavillon, sa direction vicieuse, par exemple son écartement du crâne (oreille en anse), ou encore dans des anomalies variées de la conque et du lobule (adhérence). Les organes des autres sens ne sont pas moins touchées par la dégénérescence. Les yeux présentent à considérer les kystes congénitaux de la queue du sourcil, les déviations du bord libre des paupières (ectropion, entropion, trichiasis), ou la rétraction de la paupière supérieure (2). On a encore noté l'astigmatisme, la division (coloboma), l'asymétrie de l'ouverture et la coloration inégale de l'iris (3), les cataractes congénitales et les anomalies des courbures du cristallin ; enfin la rétinite pigmentaire et l'irrégularité de la papille (4).

Le nez est parfois dévié, allongé ou court, à cloison absente ou à fosses nasales atrésiées. Le bec-de-lièvre, une ouverture buccale trop petite ou trop grande, la brièveté des lèvres, la forme ogivale de la voûte palatine, la bifité de la luette, diverses anomalies des dents (5) sont les déformations observées dans la bouche. Le *spina bifida*, des déviations diverses de la colonne vertébrale (6), le thorax en entonnoir (7) ou en gouttière (8), les hernies affectent le tronc.

(1) Féré et Séglas. Contrib. à l'ét. de quelq. variétés morphol. du pavill. de l'oreille humaine. (*Rev. d'anthrop.* 1886, 226).

(2) Féré. Note sur la rétraction névropath. de la paupière supér. *Revue iconog. de la Salpétrière*, 1890, 155.

(3) Féré. De l'asymétrie chromatique de l'iris, considérée comme stigma te névropath. *Prog. Médical*, 1886, 802.

(4) Magnan. *Ann. méd. psych.* 1886, III, 93.

(5) Mme Sollier. *De l'état de la dentition chez les enfants idiots ou arriérés*, Th. Paris, 1887.

(6) Lavidois. *Des déviations du rachis dans leurs rapports avec les nevropathies héréditaires*, Th., Paris, 1889.

(7) Ramadier et Sérieux, Contribut. à l'étude des stigmates physiq. de dégénéresc. *Soc. d'anthrop. de Paris*, 1892.

(8) Féré et Schmid. De quelq. déformat. du thorax et en particul. du thorax en entonnoir et du thorax en gouttière. *Journ. de l'anat. et de la physiol.* 1893, 564.

Les membres supérieurs et inférieurs peuvent être inégalement développés en longueur ou en épaisseur. On a observé la présence de doigts surnuméraires, de doigts palmés (syndactylie), l'absence ou la soudure de certains doigts (ectrodactylie), ou des irrégularités dans leurs dimensions respectives, et encore des luxations congénitales, le pied-bot ou le pied plat.

Les organes génitaux sont fréquemment le siège d'anomalies; souvent il existe un développement insuffisant de ces organes, quelquefois de la microrchidie ou de la cryptorchidie, de l'hypospadias ou de l'épispadias, ou encore du phimosis. Chez les idiotes, on a noté la grosseur du clitoris, l'atrésie de la vulve, le cloisonnement du vagin et certaines autres déformations en rapport avec la masturbation (1).

Parmi les troubles fonctionnels dus à la dégénérescence, les plus importants sont : le retard de la marche, probablement en rapport avec le retard d'évolution des faisceaux pyramidaux (2), la difficulté d'apprendre à parler, la tardiveté de la puberté ou des anomalies du sens génital (3), certaines infirmités, le bégayement, l'incontinence d'urine, la rumination appelée mérycisme (4), etc. M. Joffroy (5) attache une certaine importance à la migraine qui survient chez les jeunes sujets, dont elle dévoile la constitution névropathique.

Les *stigmates psychiques* sont des plus variables et des plus nombreux. Ils ont été surtout étudiés par M. Magnan (6). Un caractère qui domine toutes ces manifestations mentales, c'est le défaut d'équilibre, de pondération des diverses facultés. A côté de certaines qui sont bien développées, d'autres le sont insuffisamment.

C'est la mémoire, le jugement, l'affectivité qui sont diminués ou pervertis. Par exemple un individu, doué de belles dispositions artistiques, sera absolument dépourvu de sens moral. Ce qui est

(1) Jules Voisin. *Société de médecine légale*, 12 mars 1894.

(2) Féré. *La famille névropathique*, 1894, 311.

(3) Magnan. *Rech. sur les centres nerveux*, 2e Sie, 1893, 151 et suiv. — Sérieux. *Recherches cliniques sur les anomalies du sens génital*, Th. Paris, 1888.

(4) Bourneville et Séglas. Du méricysme, *Arch. de neurol.*, 1883, 1884.

(5) Joffroy. Leçons faites à l'asile Sainte-Anne, 1894-95.

(6) Magnan. *Rech. sur les centres nerveux*, 2e Sie. 1893, *Leçons cliniques sur les malad. ment.*, 2e édition, 1893. — Magnan et Legrain. *Les dégénérés*.

constant, c'est la grande mobilité d'humeur, une instabilité extraordinaire dans le caractère, qui empêche un travail suivi. D'un moment à l'autre, les opinions se succèdent et les résolutions changent. Parfois, il y a de l'aboulie ; d'autres fois, au contraire, il y a des impulsions morbides. Tous ces sujets paraissent des excentriques, des gens bizarres, à cause de l'irrégularité de leur conduite dans la vie. Certains sont inintelligents, d'autres sont précoces, paraissent appelés à un certain avenir et sombrent tout à coup dans un affaiblissement psychique prématuré de l'esprit, qui peut aller jusqu'à la démence. En général, ils sont aptes à délirer à la moindre occasion, sous l'influence d'une fièvre, d'un traumatisme ou d'une intoxication. Leurs délires, courts, d'ordinaire, disparaissent et réapparaissent avec une égale facilité. Portés à l'alcool et à toutes les intoxications volontaires, ils supportent très mal ces poisons.

Mais il est deux ordres de syndromes, que M. Magnan a appelés *épisodiques*, parce qu'ils ne sont que des incidents au cours d'une évolution mentale continuellement morbide. On peut les classer sous deux chefs : les *obsessions* et les *impulsions*, dont un des caractères est l'irrésistibilité plus ou moins absolue, ainsi que l'état de conscience qui les accompagne.

Les *phobies* ou peurs morbides sont très variées. Il y a d'abord celles qui ont pour objet la nature physique, la foudre, la mer, les fleuves, les espaces (agoraphobie [1]), le vide, les lieux élevés, l'obscurité, le feu (pyrophobie), certains corps inorganiques (délire du toucher), les objets pointus ou brisés, certains métaux, certains liquides, le vin ou l'eau, le sang (hématophobie [2]) ; celles ayant rapport à l'homme (anthropophobie), peur des foules), aux animaux, chiens, insectes (zoophobie), aux maladies (syphiliphobie [3]), rabiophobie, phthisiophobie, à la mort (thanatophobie), qui peut paradoxalement pousser le malade au suicide [4]), aux cadavres (nécrophobie), à l'appréhension d'être enterré vivant ; et enfin pour terminer, la peur d'avoir peur (phobophobie). Il n'est d'ailleurs pas

(1) Legrand du Saulle. *Etude clinique sur le sens des espaces*, 1878.

(2) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*. 1890, 329.

(3) Chambard. Un cas de syphiliphobie, *Ann. méd. psychol.*, 1886, IV, 198.

(4) Nicoulau. Thanatophobie et suicide, *Ann. méd. psychol.*, 1892, XV, 189.

un phénomène, une substance, un corps qui ne puissent devenir chez un malade l'origine d'une phobie ou d'une appréhension morbide.

Parmi les autres *obsessions*, on peut encore citer, entre les plus communes, les scrupules religieux, les obsessions génésiques, l'inversion du sens génital (1) ou certaines perversions, l'onamotomanie (2) qui comprend plusieurs variétés, les obsessions dentaires (3).

Les troubles psychiques à caractère plus particulièrement impulsif sont l'impulsion au vol (kleptomanie 4), à la boisson (dipsomanie (5), au déplacement (6), aux achats (oniomanie), à mettre le feu (pyromanie) (7), à l'homicide, à dire des mots grossiers (coprolalie ou plutôt coprolalomanie).

Le fonctionnement physiologique des divers organes du dégénéré est aussi atteint, mais cette étude a été moins poussée. M. Féré (8) a essayé de caractériser le dégénéré par l'émotivité morbide, qui entraînerait des réactions mal adaptées à l'intérêt de l'individu et de l'espèce et se rapprocherait de l'acte réflexe et de la sensibilité de l'enfant et du sauvage. Les signes physiques de cette émotivité pathologique sont encore assez confus. L'étude des réactions des dégénérés aux excitations physiques a permis de conclure à une excitabilité plus grande, accompagnée d'un émoussement presque constant des diverses sensibilités. Ces travaux, qui empruntent aux méthodes scientifiques une certaine rigueur, permettront peut-être un jour de caractériser plus nettement la personnalité du dégénéré.

Dans ces derniers temps, on a encore recherché dans les familles des dégénérés des caractères biologiques, la fécondité exagérée, la longévité, la mort subite (9), etc.

(1) Charcot et Magnan. Inversion du sens génital, *Arch, de neur.* 1882, III, 53, IV, 296.

(2) Charcot et Magnan. De l'onomatomanie, *Arch. de Neurol.*. 1885, X, 157.

(3) Galippe. L'obsession dentaire, *Arch. de Neurol.*, 1891, XXI, 1.

(4) Boissier et Lachaux. Contrib. à l'étude clinique de la kleptomanie, *Ann. méd- psychol.*, 1894, XIX, 42.

(5) Magnan. *Leç. clin. sur les malad. ment.*, 2e édit., 1893, 89.

(6) H. Meige. *Le Juif Errant à la salpêtrière*, Th. Paris, 1893.

(7) Féré. *La Pathologie des émotions*, 1892, 457.

(8) Féré. *La Pathologie des émotions*, 1892.

(9) Cullerre. De la mort subite dans ses rapports avec l'hérédité névropathique, *Ann. méd. psychol.*, 1892, XV, 33.

Je rapporte ici une observation de M. Doutrebente (1), où l'on rencontre plusieurs caractères donnés comme stigmates névropathiques de la dégénérescence : l'association de diverses maladies mentales, de l'imbécillité, des lésions organiques de l'encéphale et de malformations physiques, et aussi la fécondité des ménages, la mortalité des enfants, la mort subite, et enfin l'extinction de la race à la 4e génération.

| PREMIÈRE GÉNÉRATION | DEUXIÈME GÉNÉRATION | TROISÈME GÉNÉRATION | QUATRIÈME GÉNÉRATION |
|---|---|---|---|
| 1° PÈRE, très intelligent, atteint d'hypochondrie avec délire de persécution, mort dans un accès de folie furieuse. | 1° Enf. mort sub. à 16 ans. | Néant . . . . . | Néant. |
| | 2° id. id. à 18 ans. | id. . . . . | Id. |
| | 3° id. id. à 15 ans. | id. . . . . | id. |
| | 4° Fille aînée, hypochondriaque, émotive, scrupuleuse en religion. . . . . | 1° Enfant mort en bas âge. . . | Id. |
| | | 2° id. id. . . . | Id. |
| | | 3° id. id. . . . | Id. |
| | | 4° id. id. . . . | Id. |
| | | 5° id. id. . . . | Id. |
| | | 6° Garçon mariés, très intelligents, oreilles déformées. . . . . | Ont eu des enfants morts en bas âge. |
| | | 7° id. | |
| | | 8° id. | |
| | | 9° id. excentrique, extravagant. . . . | Néant. |
| | | 10° id. a eu trois accès de délire transitoire | Id. |
| | 5° Fille aliénée, dans une maison de santé depuis l'âge de 20 ans. . | Pas d'enfants. . . . . | Id. |
| | 6° Fille, faible d'esprit. . | 11° Enfant imbécile atteint d'hermaphrodisme. . . . . | Id. |
| 2° MÈRE, nerveuse, émotive, en raison surtout des craintes que lui inspirait son mari. | 7° Fille, Mme L..., délirante par persécution, s'est suicidée. . | 12° Garçon intelligent, mort d'apoplexie à 24 ans. . . . . | Pas d'enfants. |
| | | 13° Garçon, imbécile complet, érotique, kleptomane . . . | Id. |
| | | 14° Garçon, artiste, extravagant, érotique, mobile, bizarre. . | Id. |
| | 8° Garçon, simple d'esprit. . . . . | 15° Garçon, névropathique, mort dans un accès de folie furieuse. . . . . | Id. |
| | | 16° Fille, disparue depuis longtemps . . . . . | Néant. |
| | 9° Garçon, soupçonneux, hypochondriaque, n'a jamais voulu vivre avec sa femme. | Pas d'enfants. . . . . | Id. |
| | 10. Garçon, hypochondriaque, atteint de semi-imbécillité. . . | id. . . . . | Id. |

(1) DOUTREBENTE. Etude généalogique, ouvr. cité, 385.

Les signes physiques et psychiques de la dégénérescence que je viens de passer en revue s'observent surtout chez les prédisposés héréditaires et congénitaux, et ils sont quelquefois accumulés chez le même sujet (1). Mais les stigmates mentaux, l'émotivité morbide notamment, peuvent aussi survenir chez des individus jusqu'alors indemnes et qu'une maladie grave ou un traumatisme a fait tomber dans la dégénérescence, peut-être par l'intermédiaire de la neurasthénie.

La dégénérescence n'atteint pas seulement l'individu, mais les descendants, en suivant une marche progressive de génération en génération. Morel (2), qui a établi cette loi, avait imaginé une sorte de hiérarchie morbide qui comprenait quatre classes. Dans la première, les sujets issus de nerveux, d'excentriques simples, pouvaient déjà présenter des délires plus ou moins durables ; dans la seconde, les individus étaient surtout atteints de délire des actes, et leurs idées morbides avaient de la tendance à se coordonner et à devenir incurables. Dans la troisième, les instincts vicieux et les tendances psychopathiques étaient très précises et une variété de stupeur démentielle (idiotisme), survenait à l'occasion des causes les plus légères. Enfin, la quatrième classe comprenait les imbéciles et les idiots, les derniers représentants inféconds de leur race, qui s'éteignait après eux.

M. Magnan, qui a accepté plus tard cette idée générale, a ajouté aux idiots, imbéciles et débiles de Morel, le groupe des dégénérés supérieurs. Ceux-là sont intelligents et quelquefois ont de brillantes facultés (3), mais ils manquent de pondération et sont tout aussi déséquilibrés. D'après cet auteur, la caractéristique de la dégénérescence mentale serait la dissociation des divers centres psychiques et moteurs (4) ; d'où les obsessions, les impulsions, les actes extravagants.

La dégénérescence pourrait enfin imprimer aux états psychopathiques, des caractères particuliers. Morel admettait que d'ordi-

(1) Magnan. *Ann. méd. psych.*, 1885, II, 235. — Magnan et Galippe. *Société de Biologie*, 30 juillet, 1892.

(2) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 575 et suiv.

(3) Magnan. *Ann. méd. psych.*, 1886, III, 94.

(4) Magnan. *Ann. méd. psych.*, 97 et suiv.

naire l'hérédité se retrouvait d'une façon plus ou moins constante dans l'étiologie des psychoses. Mais parfois, elle était pour ainsi dire accumulée et pouvait alors produire des troubles mentaux spéciaux, qu'il a nommé les folies héréditaires (1). Dans ce cas, l'hérédité était cause efficiente de l'aliénation, qui se distinguait alors par des caractères particuliers, l'explosion subite du délire sous l'influence de la moindre cause déterminante et sa cessation subite, et, d'autres fois, par fixité des conceptions morbides ou la perversion instinctive.

M. Magnan a repris, avec Legrand du Saulle (2), cette doctrine qu'il a faite sienne (3). Les dégénérés sont des aliénés chez lesquels l'accumulation de l'hérédité ou d'autres causes moins connues ont produit un état de grande déséquilibration intellectuelle. C'est ainsi qu'ils n'auront pas d'ordinaire des accès de manie et de mélancolie à marche continue et avec une certaine intensité des symptômes. Leurs délires ne sont pas fortement systématisés. Les idées de persécution, par exemple, ne se coordonnent pas comme chez les délirants chroniques (4), mais sont très mobiles et ne suivent pas une marche progressive ; d'autre fois, ce seront les persécutés persécuteurs sans hallucination de Falret (5). Ils sont au contraire sujets à des bouffées délirantes, qui éclosent et disparaissent comme des feux de paille, et leurs conceptions morbides sont le plus souvent polymorphes, empruntant des éléments variés à des idées religieuses, hypochondriaques, érotiques, de grandeur et autres. L'obsession et l'impulsion avec conscience, seraient encore des caractères importants de la dégénérescence mentale.

L'exposition de ces idées (6), à la Société médico-psychologique de Paris, rencontra des approbateurs plus ou moins réservés,

(1) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 513 et suiv.

(2) Legrand du Saulle. La folie héréditaire importante de la dégénérescence mentale, *Gazette des Hôpitaux*, 1873.

(3) Magnan. *Ann. méd. psych.*, 1886, III, 91 et suiv. — Legrain. *Du délire chez les dégénérés*. Th. Paris, 1886. — Saury. *Étude clinique sur la folie héréditaire*, 1886. — Magnan et Legrain. *Les dégénérés*.

(4) Magnan et Sérieux. Le délire chronique, *Encyclopédie des Aide-mémoire*.

(5) Pottier. *Ét. sur les aliénés persécuteurs*. Th. Paris, 1886.

(6) *Ann. méd. psych.*, 1886 et 1887.

mais aussi des contradicteurs. Le terme d'héréditaires appliqué aux dégénérés, dont beaucoup pouvaient n'être que des congénitaux (Bouchereau, Cotard), a été discuté. Mais ce n'est là qu'une affaire de mot. La théorie vise plus loin. La dégénérescence imprime-t-elle un cachet spécial aux troubles psychopathiques qui, le plus souvent, surviennent chez des héréditaires ? Mais alors, comment justifier l'autonomie de ces aliénations spéciales? On ne peut dire que ces folies dites héréditaires se caractérisent par le fait qu'elles surviennent chez des sujets dont les familles présentent de lourdes tares névropathiques, puisque c'est là une condition étiologique presque générale en pathologie mentale, et que, d'autre part, certains dégénérés peuvent, selon l'expression de Lasègue, hériter d'eux-mêmes. Les antécédents familiaux n'ont donc pas une grande valeur critériale ; et caractériser ce groupe nosologique par des caractères cliniques, c'est, a-t-on dit, faire une pétition de principe. Car ces délires soi-disant spéciaux et ces syndrômes épisodiques se rencontrent dans tant de circonstances variées, qu'il faudrait d'abord prouver qu'ils n'apparaissent que chez des sujets profondément tarés. Or, la preuve est difficile à faire, car la mesure de cette tare profonde n'existe pas.

Et cependant, il n'est pas niable que les types cliniques de M. Magnan sont vrais et méritent d'être conservés. Parmi la foule d'aliénés, certains se distinguent par leur déséquilibration profonde. Et il est logique d'admettre que si ces individus délirent d'une façon plus incohérente, moins raisonnable en quelque sorte que les autres, c'est que leur cerveau est réellement anormal, inégalement développé. Mais le difficile est de grouper ensemble ces malades, de les distinguer des autres. Sur quoi s'appuyer pour légitimer la constitution de cette classe de psychopathes ? Sur les caractères de leur délire ? Mais c'est justement ce qu'il est question d'isoler des autres vésanies.

Il faut donc montrer que ces états délirants ne surviennent que chez des sujets différents des autres. Différents en quoi ? Par les tares biologiques plus nombreuses? Or, plus on fouille les familles des aliénés, plus on y constate, quelle que soit la forme vésanique, des antécédents névropathiques (1).

(1) Par leurs tares individuelles? mais elles sont si répandues.

En résumé, il doit exister et il existe certainement des individus plus dégénérés que d'autres ; mais le difficile est de leur trouver des caractères communs et spéciaux, surtout si l'on veut les rechercher dans l'hérédité morbide. Et ce qui est vrai aussi, c'est que tous les aliénés, tous les névropathes, tous les individus fortement atteints dans leur système nerveux, ont des cerveaux invalides et sont des déséquilibrés, des dégénérés, au sens du mot ; c'est ainsi que l'entend M. Joffroy. Les folies au type le plus pur (?), à la marche la plus régulière, ne peuvent se développer que dans des cervelles plus ou moins débiles.

Il faut donc élargir provisoirement le sens de la dégénérescence, tout en essayant d'y établir des catégories. C'est d'ailleurs revenir aux premières idées de Morel (1), qui écrivait en 1857 : la folie est, « dans *la presque généralité des cas*, un état de dégénérescence ». On doit considérer cette dernière d'une façon vague et générale, comme la déviation du type normal anatomique et physiologique, dont les malformations, les anomalies fonctionnelles, l'émotivité morbide, l'incapacité de l'adaptation au milieu et la tendance à la stérilité sont les manifestations principales.

A ce titre (2), les aliénations mentales, les névroses, les maladies nerveuses organiques, et aussi les syndrômes diathésiques qui trahissent des troubles de la nutrition, aussi importants, quoique cachés, qu'un stigmate morphologique, tous ces phénomènes morbides doivent entrer dans la dégénérescence. Elle est la mère commune de toutes ces lésions, car elle porte son action sur tous les tissus et tous les appareils et principalement sur le système nerveux, qui tient sous sa dépendance tous les autres.

M. Joffroy comprend de la sorte la dégénérescence qui peut se manifester par la plupart des maladies nerveuses et mentales. Il a montré récemment (2) que l'on devait considérer l'hystérie, non pas comme associée fréquemment à la dégénérescence, mais comme étant elle-même une forme de cette dernière. Cette synthèse explique le plus clairement les parentés morbides que j'ai essayé d'établir au cours de ces derniers chapitres.

(1) Morel. *Traité des dégénérescences*, 1857, 345.

(2) Joffroy. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Clermont-Ferrand, 1894).

« La dégénérescence, dit M. le Pr Joffroy (1), ou en d'autres termes, la malformation congénitale du système nerveux, provoquée par une hérédité plus ou moins lourde, plus ou moins longue, ne frappe pas, n'atteint pas tous les appareils également. Chez l'un ce sera surtout et peut-être exclusivement l'appareil moteur qui sera atteint; chez l'autre, l'appareil intellectuel; chez le troisième, l'appareil trophique ou sensitif. Souvent aussi, ces différents appareils seront atteints simultanément et à des degrés variables, de manière à réaliser des combinaisons très diverses. De telle sorte que les dégénérés forment, non pas un petit groupe restreint et isolé au milieu de l'aliénation mentale, mais une famille excessivement nombreuse, dont chacun des membres se présente avec sa physionomie individuelle. Tous, cependant, sont réunis par ce lien commun, à savoir que leur système nerveux, présentant des points d'une résistance insuffisante, sera presque fatalement atteint d'un trouble organique ou fonctionnel, lorsque l'occasion se présentera. La fatalité pèse sur ces sujets.

» Ainsi comprise, la dégénérescence s'étend sur toute la pathologie mentale, sur la plupart des affections nerveuses et aussi sur la plupart des maladies dues à un trouble de la nutrition (arthritisme, diabète, rhumatisme chronique, goutte, etc. ».

On peut encore se demander quelle est la cause prochaine de la dégénérescence chez l'individu et dans les familles. Lorsqu'elle est acquise, que survient-il dans la constitution du sujet? L'accident pathogénique a-t-il déterminé une sorte de fatigue chronique, d'épuisement nerveux durable? Ce n'est là qu'une hypothèse et une hypothèse un peu vide.

Mais lorsque la dégénérescence passe de l'individu à ses rejetons, faut il voir là une transmission héréditaire? On a vu plus haut que cette explication ne serait pas tout à fait exacte. Le plus souvent, il n'y a pas d'hérédité au sens biologique du mot.

M. Féré (2) a proposé une explication qu'avait déjà entrevu Morel. Dans la plupart des cas où la dégénérescence semble se transmettre des parents aux enfants, il y aurait une interruption de l'hérédité

(1) Joffroy. De la folie choréique, *Semaine médicale*, 1893, 91.

(2) Féré. *La Famille névropathique*, 1894.

normale, atavistique, qui tend à créer des individus conformes au type de l'espèce. Aussi la dégénérescence serait la dissolution de l'hérédité. Les cellules spermatiques ou ovulaires, ou encore le fœtus, frappés dans leur puissance d'évolution embryogénique, ne pourraient plus se développer dans le sens du programme ancestral. D'où des arrêts dans l'évolution qui se traduisaient par des difformités variées (stigmates physiques), et aussi par une moindre résistance des appareils organiques, notamment du système nerveux, qui, mal équilibré, deviendrait un terrain propice à l'apparition de toutes les psycho-névropathies. La dégénérescence aurait donc habituellement (1) une action tératogénique et par conséquent congénitale.

En résumé, il n'est pas illogique de considérer la prédisposition vésanique comme un des symptômes de la dégénérescence, dont les facteurs sont infinis. Jusqu'à quel point cette aptitude morbide est nécessaire dans la genèse des délires? c'est ce que l'étude des diverses causes de la folie nous permettra d'établir plus tard.

(1) Car elle peut être acquise aussi par l'individu. A ce propos, rappelons la différence que M. Ballet (*Traité de médecine* de Charcot-Bouchard), établit entre les héréditaires, c'est-à-dire les individus issus de parents tarés et qui ne sont point pour cela forcément déséquilibrés, et les dégénérés, qui par contre peuvent, par suite d'accidents pathologiques qui les atteignent directement en dehors de toute hérédité, être des sujets frappés par la dégénérescence.

# LIVRE II

## CAUSES DIRECTES

# CHAPITRE PREMIER

## CAUSES SOCIALES

1. Civilisation. — Elle a été souvent accusée de produire un plus grand nombre de fous. Dans cette cause complexe, on comprend les influences les plus diverses : les excès de travail rendus nécessaires par la lutte pour la vie de plus en plus âpre, les excès de plaisirs provoqués par des labeurs plus opiniâtres et aussi en rapport avec une mentalité plus élevée et des conditions économiques meilleures, et les abus d'alcool, de tabac, de coït. Toutes ces causes n'ont pas la même intensité, mais toutes agissent de la même manière, et leur résultat commun est le surmenage physique et mental, c'est-à-dire l'épuisement nerveux qui facilite l'apparition des maladies et notamment des psychopathies.

Comparez, par exemple, la vie d'un employé d'un grand magasin de Paris avec celle du petit boutiquier, type qui tend à disparaître. Si la journée de travail n'a pas été allongée, combien elle est par contre plus remplie ! Toujours debout, vivant dans une atmosphère chaude et bruyante, l'esprit sans cesse tendu par les demandes des acheteurs dont le flot se renouvelle constamment, l'employé arrive au soir dans un état de fatigue, que la nuit peut difficilement réparer.

Le petit boutiquier vit, au contraire, dans une longue paix, à peine troublée par quelques clients, qui n'empêchent pas les longues stations sur les portes, où l'on respire à son aise et où des commérages facilitent un exercice de l'esprit peu fatigant et très hygiénique.

Comme l'employé des grands magasins, l'ouvrier des usines a souffert de la civilisation. Au lieu d'un travail, le plus souvent exécuté à sa maison, et employant davantage son habileté et par

conséquent plus distrayant, il vit aujourd'hui dans de grands ateliers, dans des manufactures, des usines, où l'air est plus vicié, où le labeur, plus simple, exerce de moins en moins son intelligence et l'épuise davantage par sa monotonie. De nouveaux métiers se sont créés, celui de télégraphiste, de gazier, tous ceux enfin qui n'existent que par suite des découvertes de ce siècle et de leurs applications industrielles.

Les classes libérales n'ont pas été plus épargnées. Et si l'ouvrier et l'employé travaillent davantage, l'ingénieur, le médecin, l'avocat le négociant, le journaliste, se surmènent dans une proportion plus grande encore. D'abord, les études générales et spéciales deviennent de plus en plus étendues.

Un élève, faisant des humanités au commencement du siècle, n'apprenait guère qu'une chose, le latin (1), qu'il savait d'ailleurs parfaitement. Aujourd'hui, les programmes, quoique récemment allégés, contiennent une foule de connaissances absolument inconnues sous la Restauration. Les progrès de la science ont leur retentissement forcé dans les écoles, et tout appareil nouveau est une leçon de plus pour les élèves. En médecine, voyez le chemin parcouru dans se siècle : les sciences nouvelles, la microbiologie, la micrographie, la chimie biologique, la médecine expérimentale, créées en si peu de temps! Quelle production de mémoires, de travaux, qui, après la sélection du temps, constituent de nouveaux chapitres pour les ouvrages classiques!

Et, qu'est-ce que ce travail scolaire, à côté du labeur que doivent fournir les praticiens qui veulent connaître convenablement la section de la science où ils se sont spécialisés! On peut citer comme exemple la médecine mentale, qui, travaillée par un petit groupe de médecins, a fait des progrès insensibles. Et cependant, quelle différence entre hier et aujourd'hui! Esquirol écrivait le résultat de son expérience sans grand souci de celles des autres, qui se résumaient presque dans Pinel, c'est-à-dire dans quelques centaines de pages.

Mais les femmes elles-mêmes participent à ce surmenage collectif, car, les places, qui leur sont données, sont de jour en jour plus

(1) Jules Simon. Nouveaux mémoires des autres. La *Lecture* 1891, XVII, 405.

nombreuses. Enfin, en dehors même de toutes conditions professionnelles ou autres, tout le monde se fatigue davantage.

Chacun lit ses journaux, et par eux s'intéresse à cette foule de choses qu'on appelle la politique et l'actualité, voyage davantage, appartient à un ou plusieurs cercles, associations ou sociétés. Et toutes ces occupations sont des labeurs nouveaux imposés à l'esprit.

Mais la civilisation apporte aussi des allégements à ces peines et des remèdes à ces maux. Si le surmenage est devenu plus grand, les conditions matérielles de la vie sont meilleures et permettent de lutter contre lui. L'ouvrier se fatigue davantage, mais il mange mieux, et son habitation est plus saine, à peine plus saine, si l'on veut ; enfin il se vêt mieux. Bien des fatigues sont évitées à tout le monde par la poste, le télégraphe, le téléphone, les chemins de fer.

Le progrès n'a pas lieu seulement dans la sphère physique, mais il pénètre aussi dans la sphère morale. Des idées plus justes imposent peu à peu et imposeront davantage encore une plus égale répartition des fatigues et du bien-être sociaux. Lorsque l'ouvrier travaillera moins, il pourra s'instruire davantage et sera plus sobre. Alors aussi, le riche oisif travaillera nécessairement et sera ainsi réfréné dans ses excès d'un autre genre. Les deux classes les plus éloignées seront ainsi assainies. Quant à la classe bourgeoise, c'est elle qui bénéficie déjà de toutes les conquêtes scientifiques, qui tournent toujours à des avantages hygiéniques, et c'est elle aussi qui se porte le mieux.

Si l'excès de civilisation cause la folie, il faut que le nombre d'aliénés croisse avec le progrès et soit plus grand dans les populations urbaines et dans les pays les plus policés. Mais les chiffres sont, en cette matière, d'une interprétation difficile. Car avec la civilisation s'étend l'assistance publique, et celle-ci met en lumière, en les dénombrant, beaucoup de malades qui, non secourus, ne figureraient pas dans les statistiques.

On est aussi de moins en moins difficile sur le choix des sujets, et les asiles sont encombrés par des infirmes, des vieillards, des idiots, des déments, des épileptiques, et aussi par des alcooliques et des vicieux, qui sont, à des titres divers, dignes de la sollicitude des pouvoirs publics, mais ne sont pas tout à fait les aliénés pour

lesquels on a construit les établissements publics destinés au traitement de la folie.

Cet encombrement des asiles par des éléments étrangers, a pour conséquence de faire croire à un accroissement dans le chiffre réel des cas d'aliénation et aussi à diminuer le nombre proportionnel des guérisons, qui est aujourd'hui inférieur à celui que les médecins aliénistes obtenaient il y a 30 ans (1).

Les chiffres suivants (2) vont nous donner une idée de l'augmentation des cas d'aliénation mentale recensés dans les asiles et au dehors.

| Années. | Population. | Aliénés libres et internés. | Proportion pour 10.000 habitants. | Habitants pour 1 aliéné. |
|---|---|---|---|---|
| 1835 | 33.346.571 | 16.538 | 4.96 | 2.016 |
| 1841 | 34.230.178 | 18.367 | 5.37 | 1.864 |
| 1851 | 35.783.170 | 46.357 | 12.95 | 772 |
| 1856 | 36.139.364 | 59.848 | 16.56 | 604 |
| 1861 | 37.386.313 | 84.181 | 22.52 | 444 |
| 1866 | 38.067,064 | 90.709 | 23.82 | 420 |
| 1872 | 36.102.921 | 87.968 | 24.40 | 410 |
| 1876 | 36.839.000 | 83.012 | 22.50 | 444 |

Mais cette progression est rendue plus évidente, si l'on considère par dix ans l'augmentation du chiffre des aliénés internés.

| Années. | Aliénés. | Excédent. |
|---|---|---|
| 1834 | 10 000 | |
| 1844 | 16.255 | 6.255 |
| 1854 | 24.524 | 8.269 |
| 1864 | 33.976 | 9.452 |
| 1874 | 40.810 | 6.834 |
| 1882 | 49.012 | 8.208 |

En un demi-siècle donc, le nombre des aliénés internés a presque quintuplé, et la proportion de ceux-là la population générale a triplé. Et cependant, Lunier ne croyait pas à une augmentation

(1) LUNIER, Du mouvem. de l'alién. ment. en France de 1835 à 1882. *Ann. méd. psych.* 1884, XII. 207.

(2) LUNIER, Du mouvem. de l'alién. ment. en France de 1835 à 1882. *Ann. méd. psych.* 1884, XII. 195.

réelle des cas de folie, augmentation qu'il rapportait surtout à l'extension de l'Assistance. Et il pouvait remarquer que l'accroissement par rapport au chiffre des admissions, qui était, il y a quarante ans, de 12.5 p. 100 par an, n'était plus en 1882 que de 1.70 p. 100. Il tendait donc à progresser seulement avec la population.

Les statistiques de M. Planès (1) donnent pour Paris une augmentation notable dans le chiffre des aliénés qui ont passé par l'infirmerie spéciale du Dépôt, de l'année 1872 à 1885. Il y avait eu 3,084 aliénés en 1872 et 4,186 en 1885, d'où une augmentation de 1,102 malades en 12 ans. Mais il faut tenir compte de l'augmentation corrélative de la population. M. Garnier (2) accuse l'alcoolisme et la paralysie générale de causer cet accroissement de l'aliénation mentale.

A l'étranger, la progression du nombre des aliénés recencés est générale (3).

Ce qui est certain, c'est qu'il y a un encombrement des asiles, ainsi que le fait remarquer M. Napias (4), dans son excellent travail. Cet auteur l'attribue à l'alcoolisme, à l'introduction croissante dans les asiles d'idiots, d'imbéciles, de crétins et d'épileptiques, qui jadis n'étaient pas internés, de déments séniles, dont les hospices se débarrassent, et enfin aux facilités plus grandes de la séquestration ainsi qu'à la diminution des préventions des familles contre les établissements publics d'aliénés.

On a dit qu'il y avait plus de fous dans les villes que dans les campagnes. Guislain (5) a observé qu'en 1852, il y avait en Belgique 1 aliéné sur 476 habitants des villes et 1 sur 1.368 ruraux. Renaudin (6) avait aussi relevé un fait analogue pour le département de la Meurthe et la ville de Nancy.

Les milieux ruraux seraient pauvres, surtout en paralytiques

(1) Planès. *Quelques considérations sur la folie à Paris,* Th. 1886.

(2) Garnier. *La folie à Paris*, 1890, 55.

(3) Constans, Lunier et Dumesnil. Rapport à M. le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874, Paris, 1878, 448 et 449.

(4) Napias. Sur les conditions d'hygiène des asiles d'aliénés. *Revue d'hygiène et de police sanitaire,* 1893, 227 et 552.

(5) Guislain. Leçons orales, ouv. cité, I, 382.

(6) Renaudin. Notice administrative et médicale sur Maréville.

généraux. L'asile de Saint-Alban (1), qui est placée au milieu de la population agricole de la Lozère, n'a reçu en dix ans que 10 paralytiques, répartis sur un chiffre moyen de 200 malades par an. Récemment, MM. Giraud et Malfilâtre (2) ont relevé que dans la période décennale 1881-1890, les grands centres, chefs-lieux d'arrondissement de la Seine-Inférieure, fournissaient proportionnellement plus d'aliénés domiciliés dans ces agglomérations urbaines. Toutefois, ces mêmes auteurs avaient remarqué aussi que, dans l'arrondissement d'Yvetot, région essentiellement agricole, naissait une proportion plus grande d'aliénés que dans les autres points du territoire. M. Cullerre (3), qui a observé de véritables foyers de dégénérescence dans des milieux ruraux de la Vendée, attribue la déchéance de certaines familles au champ limité des mariages, dont la conséquence est de propager les tares dues à des causes diverses.

D'autre part, Ball croyait établi que, dans les villes, les classes pauvres et ignorantes étaient plus frappées que les riches, et aussi qu'en Angleterre c'étaient les ruraux, gens très misérables, qui fournissaient le plus d'aliénés. Il semble donc que les causes de l'augmentation des cas de folie dans les villes sont complexes, et que la misère aussi est une étiologie sociale de l'aliénation. On admet encore que les grandes villes, les capitales surtout, attirent les déséquilibrés, les gens les plus aptes à devenir fous.

Les aliénés sont-ils moins nombreux dans les pays moins civilisés. Cela a été souvent soutenu, mais sans preuves sérieuses. Ainsi Ball (4) a relevé la proportion des aliénés pour différents pays et a trouvé qu'il y avait

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 aliéné | par | 294 | habitants | en Norwège. |
| 1 | — | 360 | — | Danemarck. |

(1) Camuset, *Ann. méd. psych.* 1886, IV, 187.

(2) Giraud et Malfilatre, Topographie de l'aliénation mentale dans le département de la Seine-Inférieure. Congrès annuel de méd. ment. Session de Blois, C. R. 1893, 375, 376 et 377.

(3) Cullerre. Des dégénérescences psycho-cérébrales dans les milieux ruraux. *Ann. méd. psycho.* 1884, XII, 363.

(4) Ball. *Leçons*, ouv. cité. 373.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | aliéné | par | 365 | habitants en Angleterre. |
| 1 | — | | 385 | — Saxe. |
| 1 | — | | 440 | — France. |
| 1 | — | | 447 | — Prusse. |
| 1 | — | | 622 | — États-Unis. |
| 1 | — | | 927 | — Bavière. |
| 1 | — | | 998 | — Suède. |
| 1 | — | | 1083 | — Autriche. |

On ne s'explique pas, ainsi que le fait remarquer Ball, comment, si l'augmentation du chiffre des aliénés allait réellement avec le progrès social, deux milieux juxtaposés et de même civilisation, comme la Suède et la Norwège, seraient aussi éloignés dans ce tableau.

Dans les pays peu civilisés, comme ceux de l'Orient ou l'Afrique, l'assistance publique est nulle ou à peu près. Il est naturel que les aliénés, disséminés sur tout un territoire, paraissent moins nombreux. L'absence de toute statistique exacte empêche de tirer aucune conclusion. On n'a guère que des observations de voyageurs plus ou moins compétents.

Esquirol (1) rapporte, d'après de Humboldt, qu'il y a très peu d'aliénés parmi les sauvages de l'Amérique. Desgenettes n'aurait trouvé que quatorze fous dans l'hôpital du Caire (2). Marcé (3) cite un M. Aubert qui n'aurait observé que deux idiots dans toute l'Abyssinie, et le Dr Williams qui, durant douze années de résidence en Chine, aurait constaté l'extrême rareté de l'aliénation mentale dans ce pays. Guislain (4) raconte qu'un Père de l'Ordre des Récollets n'aurait remarqué à Alexandrie et Jérusalem que 4 cas de folie sur 70,000 habitants. Un autre missionnaire lui aurait dit qu'il n'y avait que des idiots dans les prairies américaines.

Mais des observateurs plus compétents ont aussi fourni quelques renseignements. Moreau (de Tours), qui a fait un voyage en Orient, a dit que les aliénés y étaient très rares. D'autre part, on

(1) Esquirol. *Des mal. ment.* ouv. cité, 48.

(2) Marcé. *Traité pratique*, ouv. cité, 97.

(3) Marcé. *Traité pratique*, ouv. cité, 97.

(4) Guislain. *Leçons orales*, ouv. cité, 374.

admet que la paralysie générale est moins fréquente parmi les représentants de races peu civilisées, en Amérique chez les nègres (1) en Afrique chez les Arabes (2).

L'histoire du suicide, qui est bien souvent une manifestation psychopathique, peut fournir des documents complémentaires. M. Socquet (3) s'est livré à de patientes et minutieuses recherches sur le suicide en France.

Il a pu établir qu'il suivait une marche ascensionnelle. Il y a aujourd'hui un cas pour 10,000 habitants, ce qui est inférieur au taux de mortalité des maladies graves (tuberculose, variole, etc.). Dans les villes, les suicides sont proportionnellement plus nombreux que dans les campagnes (agglomération de moins de 2,000 habitants). Ils n'ont pas la même fréquence dans tous les départements, ils sont au nombre de 632 par an dans la Seine, et de 4 à 10 dans la Lozère, la Corse, l'Ariège, etc. Les départements du Nord sont les plus frappés et ceux du Centre et du Midi le moins, absolument et relativement à leur chiffre de population.

En résumé, si l'excès de civilisation tend à augmenter la population des aliénés, personne n'est en mesure actuellement de le prouver d'une façon irréfutable. On peut dire seulement que la chose est très probable. Mais il ne faut pas oublier que la même cause a aussi pour tendance de supprimer certaines infirmités cérébrales et notamment le crétinisme (4), dont les deux principales conditions étiologiques seraient la misère, avec sa mauvaise hygiène et l'inertie intellectuelle des milieux ruraux éloignés de tous centres. Aussi le crétinisme tend-il à disparaître même dans les gorges des Alpes et des Pyrénées (5).

2. Régime politique. — Esquirol (6) croyait que sous le despo-

(1) Spitzka. *Ann. méd. psych.* 1882, VII, 329.

(2) Pascalis. *De la paralysie générale chez les arabes*, Th. Montpellier, 1893-94, n° 7.

(3) Socquet. Et. statisq. sur le suicide en France de 1827, à 1880, *Ann. med psych.* 1889, X, 43, 215 et 363 et 1890, XI, 41 et 239.

(4) Krauss. In. *Ann. méd. psych.* 1888, VII, 503.

(5) Lunier. Du mouvement, etc., 1884, 210.

(6) Esquirol. Ouv. cité, 52.

tisme, les passions étaient comprimées et les cas de folie moins nombreux. A l'appui de cette assertion, il citait la Turquie et l'Espagne, où les aliénés étaient plus rares ; la République au contraire excitait, d'après cet auteur, des passions mauvaises pour la santé morale des populations. Il est certain qu'au début de l'établissement des libertés publiques, beaucoup de gens sont inaptes à se conduire eux-mêmes, et leurs instincts manquent de contrepoids. Mais ce qui se passe en bas s'observe encore mieux en haut. et le pouvoir suprême a déséquilibré bien des souverains. Les Tibère, Caligula, Néron ont été certainement les victimes de leur autorité sans limite et sans frein. S'ils étaient nés des esclaves illettrés et sans aucuns droits civils, ils auraient probablement eu une vie psychologique plus normale.

D'un autre côté, la crainte et les terreurs, inspirées de l'insécurité, du citoyen vivant sous un régime où l'arbitraire est la loi, peuvent tout aussi bien impressionner défavorablement certaines natures nerveuses.

L'extension des libertés publiques crée les grands mouvements d'opinion, favorise des ambitions injustifiables, toutes choses dangereuses pour les cerveaux mal équilibrés. Aussi un des grands dangers est la réunion publique, où viennent s'échauffer des esprits débiles. Les foules — et la plupart des réunions ne sont que des foules — sont des êtres spinaux, a dit avec raison M. Lacassagne (1). Elles sont bien souvent criminelles et aliénées, comme il ressort de l'excellente thèse de M. Fournial (2).

Parmi les libertés publiques les plus utiles, mais aussi les plus dangereuses, il faut citer celles de la presse et du livre. On sait combien les esprits faibles sont des champs où l'ensemencement des idées, bonnes ou mauvaises, se fait avec facilité. Mais, d'autre part, la liberté de la parole, du journal et du livre, sont des facteurs puissants du progrès. Il est difficile de satisfaire à la fois à des exigences opposées, également justes. Il est vrai que l'habitude des libertés et le développement de l'instruction compensent peu à peu les fâcheux effets que leurs abus peuvent avoir sur des mentalités inférieures.

(1) In Féré. *La pathol. des Émot.* 1892, 567.

(2) Fournial. *Essai sur la psychologie des foules*, Th. Lyon, 1892.

Ces victimes de l'évolution ne doivent d'ailleurs pas entrer en balance dans l'avenir de tout un peuple. Mais la société doit se protéger par des mesures restrictives contre l'influence pernicieuse de certains exemples. Encore faut-il réfléchir que ces mesures, qui sont souvent en même temps répressives, ne font qu'exaspérer le fanatisme. Les grands mouvements religieux et politiqnes ont souvent été aidés par les persécutions avec lesquelles on voulait les accabler. C'est là un autre péril que doit éviter toute société qui veut se défendre.

Les idées patriotiques, comme les idées religieuses, quand elles sont exagérées, indiquent toujours une déséquilibration de l'individu qu'elles ont envahi. M. Joffroy (1) montrait récemment une jeune femme dont toute la maladie consistait en un développement réellement morbide de sentiments patriotiques. Pauvre, elle dépensait son temps à rechercher les moyens d'amener par la plume et la parole le retour de l'Alsace-Lorraine à la France, et mourait littéralement de faim. Non hallucinée et ne déraisonnant pas par ailleurs, elle délirait en ce qu'elle ne comprenait pas que la réalisation de ses belles idées était au-dessus de son pouvoir.

3. Les Révolutions. — Les évènements politiques et les révolutions ont été souvent accusés d'augmenter les cas de folie. Cependant cette augmentation n'est qu'apparente. Esquirol écrivait après la tourmente révolutionnaire : « Les commotions politiques sont, comme les idées dominantes, non des causes prédisposantes, mais des causes excitantes ; elles mettent en jeu telle ou telle cause, elles impriment tel ou tel caractère à la folie ; mais cette influence, quoique générale. est momentanée. Tel individu, devenu fou par la perte de sa fortune, de son rang, le fût devenu, cinquante ans avant, après avoir perdu sa fortune confiée à la mer, ou après une disgrâce de cour: tel individu, que les paysans révolutionnaires rendirent aliénés, le fût devenu, il y a deux siècles, par la crainte des sorciers et du diable (2) ».

Si l'on consulte les chiffres, on voit que l'influence des évène-

(1) Joffroy. Idées de patriotisme chez une dégénérée. Leçon faite à l'asile Ste-Anne, 5 déc. 1894.

(1) Esquirol. Ouv. cité, II, 54. et 55.

ments politiques sur la production de la folie est pour ainsi dire nulle (1).

La statistique générale des aliénés en France durant la période de 1847-1850, a donné les résultats suivants (2) :

| Années. | Aliénés. | Annése. | Aliénés. |
|---|---|---|---|
| 1847 | 19.023 | 1851 | 21.353 |
| 1848 | 19.570 | 1852 | 22.495 |
| 1849 | 20.231 | 1853 | 23.795 |
| 1850 | 20.061 | 1854 | 24.524 |

On voit que l'augmentation de la population des asiles n'a pas été, en 1848, beaucoup plus considérable que dans les autres années.

Durant les tristes évènements de 1870-1871, le chiffre des admissions dans les asiles publics a même baissé, à cause du désarroi apporté par la guerre et la Commune dans les services de l'Assistance publique, et en 1872, à cause du passage, au compte de l'Allemagne, de 1,133 malades.

Les guerres et les révolutions suspendent l'action de certaines causes de folie, et, d'autre part, beaucoup de prédisposés se font tuer dans les batailles ou les émeutes. En outre, les formes vésaniques observées étant plus aiguës, c'est-à-dire plus cruelles ou plus mortelles, entraînent une diminution dans la population des asiles (Lunier). Mais, durant l'année 1873, le chiffre a à peine dépassé celui de 1869 et, depuis cette époque, l'augmentation a subi sa marche ascendante (3).

Ainsi Lunier (4) a établi que les événements provoqués par la guerre franco-allemande, ont déterminé, du 1er juillet 1870 au 31 décembre 1871, la production de 1,700 à 1,800 cas de folie. Cependant, les asiles ont reçu 1,300 malades de moins que dans la période de temps correspondante de 1869-1870. Les victimes psychopathiques de la guerre ont été plus nombreuses dans les départements où la lutte a été le plus acharnée. Les hommes étaient

(1) Baillarger. Académie de médecine, séance du 13 mars 1849.

(2) Marcé. Traité pratique, ouv. cité, 103.

(3) Constans. Lunier et Dumesnil. Ouv. cité, 443 et 444.

(4) Lunier. De l'influence des grandes commotions politiques et sociales sur le développement des maladies mentales. *Ann. méd. psychol.*, 1874, X, 385 et suiv.

plus frappés que les femmes, et parmi eux, surtout les militaires et les fonctionnaires administratifs. Les causes déterminantes auraient été, dans les départements non investis: l'excitation patriotique, l'agitation électorale, et, sur le théâtre de la lutte, les nouvelles des revers. La crainte de la guerre, d'être soldat, de marcher à l'ennemi, la nostalgie, le chagrin de ne pouvoir partir, les fatigues de la campagne, les inquiétudes d'une personne chère, la mort d'un parent ou d'un ami, les chagrins d'argent, les excès d'alcool, la terreur de l'invasion, la menace d'être fusillé, l'émotion de la bataille, du bombardement ou de l'incendie de Paris, le délire traumatique enfin, telles sont les autres causes qui ont agi pour provoquer l'aliénation mentale. Les suicidés ont aussi été plus nombreux durant la période 1871-1878 que durant celle 1863-1870; la proportion a augmenté de 1/15e, alors que la population diminuait de 1/17e (1).

Parmi les formes mentales les plus fréquemment observées, il faut citer la stupeur, l'anxiété panophobique (2), les idés de suicide (Lunier), des états mélancoliques.

MM. Magnan et Bouchereau (3) ont noté que la Commune a amené à Sainte-Anne, en 1870-1871, surtout des mélancoliques, des alcooliques et des paralytiques généraux.

Les grands évènements sociaux influent facilement sur la forme et la couleur du délire.

Les persécutés étaient jadis des possédés. Durant ce siècle, leurs persécuteurs ont changé: ce sont les jésuites, les francs-maçons, la police; et les moyens par lesquels on les tourmente sont aujourd'hui des engins physiques, le téléphone, le phonographe, le télégraphe, l'électricité sous toutes ses formes, et d'une façon vague la *physique*.

« Lorsque le pape vint en France, écrivait Esquirol (4), les folies religieuses furent plus nombreuses: lorsque Bonaparte fit des rois, il y eut beaucoup de reines et de rois dans les maisons d'aliénés (5) ».

(1) Socquet. Ouv. cité.

(2) Morel. Du délire panophobique des aliénés gémisseurs. *Ann. méd. psych.*, 1871, VI, 343 et suiv.

(3) Magnan et Bouchereau. Statistique des malades entrés en 1870 et 1871. etc., *Ann. méd. psych.*, 1872, VIII, 342.

(4) Esquirol. Ouv. cité, I, 54.

Un siècle plus tard, lors du siège de Paris, les esprits morbides dirigeaient leur activité vers les moyens de sauver la capitale. Legrand du Saulle raconte que les inventeurs de machines, capables de détruire les Prussiens, étaient particulièrement nombreux.

Pendant la guerre, une malade, qui fut internée à l'asile d'Orléans, se présentait chez les notables du pays, demandant une épée et un cheval blanc pour, comme Jeanne d'Arc, marcher à la tête de l'armée contre les Prussiens.

Les grandes commotions politiques et sociales ne paraissent donc pas produire beaucoup de folies nouvelles. Elles semblent être des causes occasionnelles pour les prédisposés (1), comme le prouve la lecture de certaines observations (2). Cependant Lunier aurait constaté, dans les aliénations mentales causées par les événements de 1870-1871, beaucoup moins (25 °/₀ environ, au lieu de 63 °/₀) d'héréditaires que dans les autres cas de folie.

Dans chaque crise sociale, des esprits faibles perdent la raison; et quelquefois ce sont ces déséquilibrés qui jouent les principaux rôles d'acteurs dans les évènements, ainsi que l'a montré M. Laborde (3) dans son courageux et curieux livre sur la Commune.

Mais, parfois aussi, les grandes commotions sociales ont d'heureux résultats. Ils donnent une direction à l'activité des déséquilibrés et leur permettent de faire une œuvre utile. Morel (4) pensait même que les révolutions guérissaient des nerveux et des déséquilibrés plus qu'elles n'en produisaient.

4. Religion. — Les médecins qui écrivaient sous les régimes monarchiques, ont souvent accusé l'athéisme, le manque d'esprit religieux, de causer l'aliénation mentale. Je ne sais jusqu'à quel point cette opinion peut être confirmée par les faits, mais on peut

(1) Belhomme. Influence des évènements et des commotions politiques sur le développement de la folie, 1849.

(2) Lunier. *De l'Influence*. Ouv. cité. 1873, IX, 245.

(3) Laborde. Les hommes et les actes de l'insurrection de Paris devant la psychologie morbide, 1872.

(4) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, 86.

avancer aussi que l'esprit religieux a parfois la folie. Il est vrai qu'il s'agit alors de prédisposés, si les idées mystiques les ont rendus fous, c'est qu'ils étaient déséquilibrés pour avoir de pareilles idées.

Mais je crois que l'éducation religieuse, par trop poussée chez des sujets à cerveau peu solide, est une pratique dangereuse. Souvent des parents font, pour se faire voir d'un certain monde, élever leurs enfants dans une dévotion exagérée, et il arrive quelquefois que ces malheureux se laissent entraîner à des pratiques qui ne font que surexciter leur système nerveux.

Il serait intéressant de savoir si les couvents fournissent plus d'aliénés que les milieux laïques, et si les religieux ont fréquemment dans leurs familles des tares névropathiques. Mais on conçoit que les intéressés ne se prêtent guère à des recherches de cette nature. Cependant, Guislain (1) affirmait qu'il y avait plus d'aliénés dans les communautés religieuses que dans la population laïque. Ainsi, le grand Béguinage de Gand comprenait, vers 1850, 12 aliénées sur 650 religieuses, c'est-à-dire 6 aliénées sur 325 béguines, alors que la population de Gand ne fournissait que 1 fou pour 302 habitants; aux sœurs de charité, en Belgique, il y aurait eu même 1 aliénée sur 250 religieuses. Le même auteur croyait aussi que les prêtres étaient plus souvent aliénés que les laïques (2). Il n'y a pas d'épileptiques ni d'idiots chez les religieux.

D'autre part, M. Bouchaud (3) a observé que sur 146 aliénés religieux admis en 20 ans à l'asile de Lommelet, il n'y avait que 3 paralytiques généraux pour 69 aliénés, c'est-à-dire 1 pour 47.7 autres aliénés, alors que les laïques paralytiques étaient dans cet asile, relativement aux autres malades, dans la proportion de 1 à 3.9. Cette différence a pu être contrôlée dans d'autres établissements où l'on reçoit des laïques et des religieux. M. Bouchaud explique cette immunité particulière par l'absence, chez ces derniers, d'alcoolisme et de syphilis.

(1) Guislain. *Leç. orales*. Ouv. cité, I, 404 et 405.

(2) Guislain. *Leç. orales*. Ouvr. cité, I, 404.

(3) Bouchaud. De la fréquence relative de la paralysie générale chez les laïques et chez les religieux. *Ann. méd. psych.*, 1891, XIII, p. 363.

Les délires mystiques seraient plus communs chez les jeunes filles que chez les garçons, chez les filles que chez les femmes mariées, et plus souvent encore chez celles qui se confessent habituellement, suivent les sermons et fréquentent assidûment les communautés religieuses (1). On sait, d'autre part, que les délires mystiques sont les plus contagieux et se communiquent facilement aux esprits faibles, aux enfants, aux femmes. Les épidémies de démonopathie (2) ont troublé le moyen âge et ces derniers siècles. Pendant longtemps, on a fait les procès de beaucoup de malades hystériques, mélancoliques, persécutés, qui se disaient en relation avec le démon et qui expièrent sur le bûcher le crime d'être hallucinés. Ces faits là ne nous intéressent plus et ne peuvent pas, à proprement parler, figurer parmi l'histoire des causes de la folie. Et cependant il existe encore, de temps à autre, des épidémies religieuses. Dans ce siècle, on en a observé en Bretagne et en Savoie, au sein de populations ignorantes (3).

Quelle est la religion qui prédispose le plus à l'aliénation mentale ? Ellis (4) disait que les catholiques, qui ne discutent pas leur dogme, seraient moins sujets à la folie que les protestants, dont les passions sont excitées par la liberté de controverse théologique. Il est vrai que beaucoup d'épidémies religieuses ont éclaté au cours de ce siècle dans des pays protestants, par exemple en Suède, en Norwège, aux États-Unis.

Enfin on connaît, d'autre part, l'association si fréquente des idées religieuses avec les idées érotiques, surtout chez les femmes arrivées à la période de la ménopause. L'amour de Dieu est souvent alors la tradition de vives passions génitales.

En résumé, les idées religieuses ne peuvent déséquilibrer que les esprits faibles. Avec le développement de l'instruction, leur danger disparaît peu à peu.

5. L'État-civil, c'est-à-dire le mariage, le célibat ou le veuvage,

(1) Guislain. *Leçons orales.* Ouvr. cité, I, 403.

(2) Calmeil. *De la folie, etc.*, 1845.

(3) Constans. Relation d'une épidémie d'hystéro-démonopathie. *Ann. méd. psych.* 1862.

(4) Ellis. *Traité de l'aliénation mentale*, Trad. Archambault, 1840, 99.

sont aussi des conditions sociales qui peuvent plus ou moins prédisposer à la folie. Esquirol (1) avait constaté que le quart des individus admis dans sa maison de santé, étaient des célibataires. Dans une statistique portant sur 1,557 malades entrés à Charenton, de 1826 à 1833, le même auteur (2) a relevé :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 698 célibataires | dont | 505 | hommes et | 193 | femmes |
| 750 mariés | dont | 387 | — | 363 | — |
| 109 veufs | dont | 40 | — | 69 | — |

Il résulte de ce tableau que, le nombre des célibataires adultes et susceptibles d'aliénation étant bien inférieur à celui des gens mariés, le célibat paraît prédisposer l'homme à la folie. Le mariage semblerait plus funeste à la femme. Enfin, le veuvage paraîtrait aussi plus dangereux pour la femme que pour l'homme.

Ces conclusions sont facilement explicables. Le célibat est souvent imposé aux individus par diverses infirmités, dont fait partie la prédisposition à l'aliénation mentale, qui peut se révéler par des tares physiques ou psychiques incompatibles avec le mariage. On comprend aussi que l'homme prédisposé reste célibataire, d'autant qu'il se marie plus tard que la femme, c'est-à-dire à un âge où la folie a pu déjà se manifester, empêchant ainsi toute union. Enfin, les hommes font certainement, en restant garçons, plus d'excès et mènent une vie plus irrégulière que ceux qui se sont mis en ménage.

La femme, au contraire, est mariée beaucoup plus jeune, avant que l'aliénation mentale, ayant pu faire sa sélection, l'ait en quelque sorte condamnée au célibat. A l'inverse de l'homme, c'est tandis qu'elle est fille qu'elle mène une vie tranquille et exempte d'excès. Le mariage n'est pour elle, en général, qu'une source de fatigues physiques (grossesse, accouchement). Le veuvage change encore la question de face, du moins en apparence. L'homme, assagi par les années, peut, étant donné sa position sociale, se ménager des conditions matérielles d'existence convenables. La veuve a le plus souvent à se débattre contre des difficultés d'ar-

(1) Esquirol. Ouv. cité, I, 50.

(2) Esquirol. Ouv. cité, II, 677.

gent ; elle est en outre plus ou moins proche de la ménopause, autre écueil de sa vie physiologique.

Il est bon de mettre une réserve à ces conclusions, qui cependant paraissent raisonnables, car d'autres observateurs ont émis sur certains points des opinions quelque peu différentes de celles d'Esquirol. Ainsi Guislain (1) croyait que le célibat prédisposait plus les femmes que les hommes, parce que c'était, disait-il, une situation plus mauvaise pour elles. Le même auteur pensait aussi que le veuvage était plus funeste à l'homme.

Toutefois, ce qui est admis par tous et ce que prouvent toutes les statistiques, c'est que le célibat paraît être une prédisposition à la folie, probablement parce qu'il est une des conséquences de cette prédisposition morbide.

Marcé (2) a eu l'idée juste de comparer la population des aliénés, célibataires ou non, avec la population générale du pays. Il a trouvé, en se basant sur le nombre des aliénés, observés en France durant dix ans, que les célibataires fous étaient dans la proportion de 61.80 p. 100, alors que les célibataires sains, âgés de plus de 15 ans, n'étaient que dans le rapport de 36.74 p. 100.

L'étude du suicide (3) indique que ce sont les célibataires qui se tuent le moins et les veufs le plus. Dans ces deux catégories, les hommes se suicident un peu plus que les femmes ; la différence s'accuse pour les veufs. Au contraire, pour les personnes mariées, il y a 5 suicides d'hommes pour 6 de femmes. Mais il faut noter que parmi les célibataires, on range les enfants et les adolescents qui sont peu enclins au suicide, alors que les veufs sont généralement des personnes âgées qui se tuent fréquemment. Si l'on tient compte des enfants, on remarque que la situation la plus défavorable est celle de célibataire, ensuite celle de veuf sans enfants, et qu'enfin les hommes mariés avec enfants sont ceux qui se suicident le moins. Ces dernières conclusions confirment donc en partie celles d'Esquirol et de Marcé au sujet de l'aliénation.

6. La profession peut plus ou moins prédisposer à la folie. Il

(1) Guislain. *Leç. orales*, Ouv. cité, I, 449 et 450.

(2) Marcé. *Traité pratique*, Ouvr. cité, 118.

(3) Socquet, Ouvr. cité.

semble que les classes pauvres soient proportionnellement plus frappées que les classes aisées ; mais les documents statistiques manquent pour confirmer cette opinion. La proportion des cas d'aliénation avec le chiffre de la population professionnelle est l'élément qui est le plus difficile à établir dans les recherches de ce genre.

Toutefois il paraît admissible que toutes les professions qui entraînent des écarts de régime, des fatigues extrêmes, sont celles qui fournissent le plus grand nombre de malades. Les ouvriers sont plus frappés que les employés et les bourgeois, et parmi les artisans, les boulangers, les cuisiniers, ceux qui manient le plomb ou des substances chimiques, comme les teinturiers, ceux qui vivent dans une atmosphère surchauffée (mécaniciens, chauffeurs).

Une statistique, faite en 1853 (1), et portant sur 19,817 cas, a montré que la folie frappait, proportionnellement au nombre des personnes exerçant la même profession, pour 1,000 habitants :

| | | |
|---|---|---|
| Les professions libérales..... | 3.10 | pour 1000. |
| Les militaires et marins ..... | 1.99 | » |
| Les domestiques et journaliers ..... | 1.55 | » |
| Les rentiers et propriétaires ..... | 1.01 | » |
| Les ouvriers de l'industrie et de l'agriculture | 0.66 | » |
| Les commerçants et négociants ..... | 0.42 | » |

Dans les professions libérales, les artistes seraient le plus frappés (9,60 p. 1,000), et les fonctionnaires et employés le moins (1.37 p. 1,000).

M. Charpentier (2) divise les professions en 4 groupes. Dans le premier sont celles qui exposent l'individu à une intoxication par un agent chimique : le plomb chez les nombreux ouvriers qui le manient ; l'alcool chez les tonneliers, les brasseurs, les ouvriers des docks, les dégustateurs, les marchands de vernis (Lancereaux) ; le sulfure de carbone chez les ouvriers en caoutchouc ; le mercure chez les calambristes d'Almaden par exemple ; l'arsenic dans cer-

(1) Parchappe. Art. Aliénation. *Dict. Encycl. des Sciences médicales*, III, 40.

(2) Charpentier. Du rôle de la profession dans le développement de l'aliénation mentale. *Ann. méd. psych.*, 1884, XI, 313.

taines manufactures ; le zinc chez les fondeurs de laiton ; l'essence d'amande amère chez ceux qui travaillent les écorces d'oranges ; l'oxyde de carbone chez les cuisiniers (Paul Moreau de Tours) ; l'indigo chez les teinturiers (Esquirol) ; la nitro-benzine chez ceux qui fabriquent ou emploient les couleurs d'aniline (J. Bergeron).

Dans le deuxième groupe, M. Charpentier range les professions qui exposent à des troubles d'ordre physique causés par le froid, la chaleur (fondeurs et boulangers), les vibrations trop intenses ou trop prolongées, la privation de lumière. Le troisième groupe comprend les professions qui, déterminant des maladies viscérales, cutanées, etc., peuvent ainsi retentir indirectement sur le cerveau. Au quatrième groupe, peu distinct du troisième, ressortissent les professions qui provoquent un état de nutrition retardante, et par suite le diabète, la goutte, etc., et consécutivement des troubles intellectuels. M. Charpentier cite enfin l'alcoolisme professionnel des petits boutiquiers, les troubles morbides éveillés par le manque de sommeil de certains états.

La profession militaire a été accusée de produire beaucoup d'aliénés (1). Parmi les causes de cette influence pathogénique, on a invoqué l'alcoolisme, qui toutefois tend aujourd'hui à disparaître de l'armée, la syphilis, fréquente parmi les militaires qui se marient tard, la vie monotone des garnisons, et enfin les fatigues des campagnes, surtout coloniales. La paralysie générale tendrait à s'accroître chez les officiers où elle cause plus de la moitié des cas d'aliénation.

Parmi les autres professions libérales, toutes celles qui tendent au surmenage physique et mental, — et la profession médicale est de ce nombre, — peuvent provoquer la folie. Les négociants, les financiers y sont aussi prédisposés à cause de l'aléa de leurs spéculations. Les artistes, — et je comprends tous ceux qui exercent une branche quelconque de l'art, — deviennent souvent aliénés. Il est naturel que les travaux d'imagination, demandant une excitabilité particulière, tentent surtout des névropathes qui versent facile-

(1) Dufour. Notice statistique sur les militaires admis à l'asile d'Armentières, de 1838 à 1872. *Ann. méd. psych.*, 1872, VIII, 52.

ment dans l'aliénation mentale. La vie des artistes, par leurs ambitions, leurs joies et leurs déboires, contribue encore à affaiblir leur système nerveux. Les journalistes et les politiciens peuvent être rapprochés des artistes par leur genre d'existence.

Mais la folie frappe partout, les riches qui se surmènent dans leurs plaisirs, comme les pauvres qui souffrent des premières nécessités matérielles, les employés qui dépendent de leur patron comme les souverains qui craignent toujours pour leur couronne(1). D'après Guislain (2), le mendiant serait moins souvent fou, parce qu'il n'a ni soucis, ni passions.

Ce que l'on peut dire en matière de conclusion, c'est que la vie la plus hygiénique sera celle qui prédisposera le moins à la folie. Or, beaucoup recherchent des professions agitées, parce qu'ils sont des déséquilibrés. Le choix de la profession est fréquemment un des premiers indices de la névropathie du sujet.

Ainsi les prostituées fournissent beaucoup d'aliénées, et il faut remarquer que souvent le vice, qui conduit à ce genre de vie, est un stigmate de dégénérescence, lequel se manifestera par un accès de délire à l'occasion des excès ou des privations, qui sont fatals dans ce genre d'existence. Aussi Esquirol (3) avait-il compté que le 20e des aliénées de la Salpètrière étaient des prostituées.

Enfin le passage d'une vie agitée ou très active à une existence monotone est quelquefois la cause occasionnelle d'un accès d'aliénation mentale. L'officier mis à la retraite, le boutiquier qui se retire des affaires, le médecin qui cède sa clientèle, l'employé qui quitte son bureau se trouvent dans des conditions favorables à l'évolution d'une psychose.

On s'est souvent demandé si le contact des aliénés ne déterminait pas, chez les personnes qui les soignent, des troubles vésaniques. Bien que le danger de la contagion morale soit à peu près nul pour des cerveaux bien équilibrés, il est certain que le spectacle attristant et parfois émotionnant des fous, et surtout l'existence monotone des asiles de province peuvent agir défavorable-

(1) Esquirol. Ouv. cité, I, 44.

(2) Guislain. *Leçons orales,* ouv. cité, I, 385

(3) Esquirol. Ouv. cité, 45.

ment sur des individus prédisposés. Il est à noter que les personnes qui y vivent ont souvent le caractère aigri et ont une certaine tendance à se croire victimes de mauvais procédés de leur entourage.

M. Socquet (1) a constaté que les professions où l'on se suicide le plus sont pour les hommes : d'abord celles qui ont pour objet l'exploitation du sol, puis celles chargées de la mise en œuvre des produits de la terre ; les moins atteintes sont celles de l'alimentation (boulangers, bouchers) et du transport (mariniers, voituriers). Pour les femmes, les plus frappées sont celles de l'exploitation du sol, puis l'état dit sans profession ou du moins sans profession avouable ; les plus épargnées sont celles du transport, de l'alimentation et du commerce. Mais si l'on compare le nombre des suicides au chiffre des habitants exerçant les diverses professions, on voit que les proportions changent. Les agriculteurs forment la moitié de la population et fournissent un chiffre inférieur à la moyenne qui est 14 p. 100.000 hab., chiffre atteint par l'industrie, qui constitue environ le cinquième de la population totale. Les commerçants et les domestiques sont les plus favorisés, tandis que les individus les plus atteints sont ceux appartenant aux professions libérales (46 pour 100,000 hab.) les gens sans aveu (92 p. 100,000 hab.), lesquels ne comptent dans la population, les premiers que pour un vingtième, et les seconds pour un soixantième.

Certaines professions prédisposent-elles plus que d'autres à des maladies mentales spéciales ? C'est probable. Il est certain, par exemple, que les marchands de vin fournissent le contingent le plus nombreux des alcooliques internés. Mais le choix de cette profession ne serait-il pas bien souvent déterminé par le penchant à boire ? D'autre part les métiers où certaines intoxications sont fréquentes prédisposent à des délires quelque peu spéciaux.

7. Régime pénitentiaire. — Parmi les causes sociales de la folie, il faut ranger l'influence des régimes pénitentiaires, qui sont une des institutions des pays civilisés. Qu'il y ait plus d'aliénés dans les prisons qu'en liberté, c'est un point qui paraît hors de conteste. Dans une enquête faite sur toute la France, au 1er avril 1844, on a

(1) Socquet. Ouv. cité.

compté 359 aliénés sur 18,845 prisonniers, soit à peu près 20 pour 1,000, alors que dans la population libre il n'y avait, à cette époque, qu'un aliéné pour 1,000 habitants (1).

Est-ce que la prison développerait la folie par les misères et la monotonie de l'incarcération? Il est certain que l'insuffisance du régime alimentaire, le manque d'air et d'exercice et le chagrin de l'emprisonnement doivent contribuer à provoquer l'aliénation mentale. Ces causes sont d'autant plus puissantes qu'elles agissent sur des candidats à la folie. J'ai déjà montré la parenté de la folie et du crime, qui frappent dans les mêmes familles et souvent les mêmes individus. Sans vouloir ouvrir ici un chapitre d'anthropologie criminelle, je dirai seulement que le délinquant, né ou d'occasion, n'est souvent qu'un déséquilibré, quelquefois même un individu atteint d'une aliénation mentale confirmée.

Lasègue (2) disait que près d'un tiers des fous qu'il avait observés, avaient commis un délit suivi d'une condamnation plus ou moins grave. M. Pactet (3) a publié beaucoup d'observations de malades, notamment de paralytiques généraux et de persécutés, ayant eu des démêlés avec la justice pour des délits divers, vagabondage, escroquerie, vol et tentative de meurtre. Et M. Joffroy (4) insistait dans une de ses dernières leçons sur la fréquence de ces erreurs judiciaires. Étant amené à faire un jour une clinique sur cette question, il trouva en effet 4 condamnés sur les 105 malades hommes du service, ce qui est une proportion très élevée.

En laissant de côté les individus simplement dégénérés, dont la qualité d'aliénés est discutée par certains médecins, il reste un nombre considérable de véritables malades, notamment des paralytiques, des déments, des hallucinés, qui, chaque année, encourent des condamnations plus ou moins fortes et sont reconnus plus tard. Aussi M. Garnier, médecin en chef de l'Infirmerie spéciale du Dépôt, a-t-il demandé au dernier Congrès d'anthropologie crimi-

(1) Marcé. *Traité pratique*... Ouv. cité, 125.

(2) Ball. *Leçons sur les mal. ment.* 1880, 390.

(3) Pactet. *Aliénés méconnus et condamnés par les Tribunaux*. Th., Paris, 1891.

(4) Joffroy, *Les erreurs judiciaires*, Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 11 déc. 1894.

nelle de Bruxelles que l'on fasse examiner les délinquants par les médecihs aliénistes. A la même époque, M. Jules Morel (1) soumettait un vœu analogue à une réunion de médecins anglais. Il réclamait avec raison que tous les détenus fussent vus et interrogés par des médecins spécialistes. Et M. H. Monod, se basant sur une très vaste statistique, faisait récemment la même réclamation devant l'Académie de médecine.

Toutefois l'influence du régime pénitentiaire et notamment du régime cellulaire est certainement un facteur étiologique assez important dans la production des psychoses qui se développent sous l'influence du chagrin, des excès d'alcool ou autres, surtout quand il agit chez des prédisposés, comme l'a observé M. Hurel (2) à Gaillon. Dernièrement M. Semal (3), s'est livré sur ce sujet à des recherches importantes. Il a tout d'abord constaté que sur 526,313 détenus dans les prisons de Belgique, il n'y avait que 514 aliénés, soit 0,97 p. 1,000, c'est-à-dire moins que dans la population libre, où l'on compterait 1,42 aliéné p. 1,000 habitants. Mais il fait remarquer que 167 détenus sont devenus aliénés le premier mois de leur incarcération, ce qui rend la proportion réelle des cas d'aliénation mentale, pour cette période de la detention, quatre fois plus considérable que dans la vie réelle.

D'autre part, le nombre des cas de folie augmente avec la gravité de la délinquance. Alors qu'il n'y a que 0.27 et 0.66 aliénés p. 1,000 détenus pour contraventions de simple police ou délits correctionnels, il en existe 20 p. 1,000 détenus criminels, proportion plus forte que dans la vie libre.

M. Semal pense que le régime cellulaire est, par l'ébranlement moral que cause la détention ainsi que par l'insuffisance du régime alimentaire, une cause prédisposante de folie, mais qu'elle met surtout en action l'aptitude vésanique du sujet. Il décrit même une forme psychopathique spéciale aux prisonniers où les hallucinations de l'ouïe et les idées de persécution prédomineraient habituellement.

(1) J. Morel. *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg.*, 1892, p. 322.

(2) A. Hurel. *Ann. méd. psych.*, 1875, XII, 161 et 374.

(3) Semal. *Coup d'œil sur les folies pénitentiaires.* Congrès international de méd. ment., Session de Paris, 1889. C. R. 1890, 114 et suiv.

# CHAPITRE II.

## CAUSES BIOLOGIQUES

Parmi les conditions biologiques de la folie, l'hérédité, ou ce qu'on est convenu d'appeler sous ce nom, est la plus importante. J'ai étudié longuement son action au début de ce livre ; aussi je n'ai plus à y revenir. De même ce qui a rapport à l'influence de certains facteurs congénitaux a été examiné ; et la naissance, comme condition étiologique de la folie, a donc été envisagée. Dans les grands processus biologiques de l'évolution humaine, quelques-uns, comme la croissance, la puberté, la maturité et la sénilité de l'individu, seront examinés à l'occasion de l'âge. D'autres, tels que la sexualité, la menstruation, la grossesse, trouveront mieux leur place dans le chapitre des causes physiologiques, car ce sont proprement là des fonctions dont les troubles prêtent mieux à des considérations individuelles.

Certains caractères biologiques, et notamment la longévité, la natalité, la vitalité et la morbidité, ont été étudiés dans les familles névropathiques, par MM. Ball et Régis (1). Ces médecins sont passibles d'un reproche pour la manière dont ils ont choisi, comme termes de comparaison à opposer aux familles d'aliénés, les familles saines. Ils ont pris cent individus normaux ou atteints de maladies accidentelles et ont dressé, pour chacun d'eux leurs tableaux généalogiques. Il est clair en effet qu'une famille, tarée au point de vue névropathique, peut, par le moyen d'un de ses membres indemnes de toute tare, figurer dans le groupe sain.

(1) Ball. et Régis. Les familles des aliénés au point de vue biologique, ouv. cité, 401, 529 et 712.

Toutefois, les renseignements fournis par ces recherches n'en sont pas moins intéressants, d'autant que celles-ci portent sur 6,844 individus constituant 400 familles d'aliénés. Mais il ne faut pas leur attribuer une valeur bien grande ; en ces matières les causes d'erreur sont nombreuses et il est à peu près impossible de s'en garer.

1. La Longévité ou durée de la vie serait, d'après MM. Ball et Régis, supérieure, chez les ascendants des aliénés, à celle qu'on observe dans les familles normales. En outre, chez les ascendants des alcooliques et des paralytiques généraux, l'âge moyen serait encore plus élevé que chez ceux des névropathes et des vésaniques, dont la longévité ne serait pas, en somme très différente de la normale. De même, c'est encore dans les familles d'alcooliques et de paralytiques où l'on trouverait les cas les plus nombreux de longévité exceptionnelle : les nonagénaires et même les centenaires n'y seraient pas très rares.

2. La Natalité serait plus fréquente dans les familles d'aliénés que dans les familles normales. Il y aurait, en effet, à la troisième génération, 4 naissances 1/2 par ménage dans les familles saines et 5, 6 et plus de 7 dans les familles de vésaniques, de paralytiques généraux et d'alcooliques. Mais cette natalité exagérée ne se montre plus dans la génération qui suit celle des malades observés, qui ont un même nombre d'enfants que les individus appartenant aux familles normales.

Ces conclusions de MM. Ball et Régis ont été en partie confirmées par M. Marandon de Montyel (1) qui a fait, à la même époque, des recherches sur des points biologiques semblables, et a trouvé que dans les familles d'aliénés il y avait un ménage stérile sur 7, alors que d'après Simpsone, il y aurait normalement un ménage stérile sur 8. Dans 141 ménages féconds de familles d'aliénés, il y compte 677 enfants, soit cinq par ménage, moyenne supérieure de deux à a normale. Mais cette fécondité est diversement répartie dans les générations successives. C'est ainsi que dans la première, les ména-

(1) Marandon de Montyel. Rech. cliniq. sur l'hérédité de la folie, l'*Encéphale*, 1883, 449 et suiv.

ges, tous féconds, produisaient chacun 7 enfants ; dans la seconde, il y avait 1 ménage stérile pour 14,5, et 5,9 enfants par ménage ; enfin dans la troisième, les mariages stériles étaient de 1 sur 4,5, et les naissances de 3,4 enfants par ménage. M. Marandon concluait de ces faits que l'hérédité vésanique aurait pour premier effet d'exciter la fécondité des sujets et ensuite de l'épuiser. Ce dernier effet, aidé par la mortalité exagérée des enfants, tendrait naturellement à la stérilité de la famille psychopathique.

3. Vitalité. — En effet, cet auteur a trouvé que dans la première enfance, la mortalité s'élevait à 36 °/₀, c'est-à-dire était de 16 °/₀ supérieure à la normale. MM. Ball et Régis ont fait la même remarque. Ils ont observé que le défaut de vitalité était surtout considérable dans le bas-âge, de 0 à 3 ans, et allait jusqu'à constituer 80 p. 100 de décès dans les descendants d'alcooliques. Mais cette faiblesse de la vitalité se constate même chez les adultes, et l'on peut dire qu'elle est générale dans les familles d'aliénés et qu'elle tend à grandir encore de génération en génération. Ce sont les ascendants des alcooliques et des paralytiques généraux qui seraient les moins résistants, ainsi que les descendants des épileptiques, des alcooliques et des paralytiques généraux. Dans les familles de vésaniques, la vitalité, toujours inférieure à la moyenne normale, tend cependant à s'en rapprocher. On remarquera ici que les conclusions de MM. Ball et Régis sur la vitalité ne paraissent pas tout à fait d'accord avec celles sur la longévité.

4. La morbidité, ou fréquence des diverses maladies, qui est très variée dans les familles normales, prend un cachet spécial dans les familles névropathiques. Et l'on observe surtout l'aliénation mentale, les maladies nerveuses, les affections cérébrales, l'alcoolisme et la phthisie pulmonaire. Ces particularités ont déjà été étudiées dans le chapitre de l'hérédité.

5. Age. — Esquirol (1) a fait une statistique portant sur 1,193 aliénés pauvres, 1,118 aliénées indigentes et 327 malades riches, pris dans sa maison de santé.

(1) Esquirol. Ouv. cité, I, 33 et 34.

D'après ce releve, la folie serait plus fréquente de 30 à 40 ans chez les hommes et de 50 à 60 chez les femmes ; elle serait dans les deux sexes plus rare dans l'enfance, la jeunesse et l'âge avancé. En outre, elle apparaîtrait plus précocement chez la femme que chez l'homme, et de 20 à 30 ans sévirait plus fréquemment chez les gens riches que chez les pauvres. Dans une autre statistique (1) portant sur 1,557 malades, le même auteur a trouvé que le maximum total des admissions a lieu de 30 à 35 ans, que pour les hommes il peut être fixé entre 25 et 30 ans, tandis que pour les femmes, il serait entre 35 et 40. La folie serait toujours plus hâtive pour les hommes et diminuerait rapidement avec l'âge pour les deux sexes. Ces nouveaux chiffres concordent assez bien, on le voit avec les premiers.

La prédominance des aliénés de l'âge moyen dans les asiles, a frappé tous les observateurs : Guislain (2) plaçait l'âge d'élection de la folie entre 30 et 40 ans pour l'homme, et indiquait pour la femme une recrudescence dans les entrées entre 40 et 60 ans. Parchappe (3) donnait les chiffres suivants : 30 à 40 ans pour les hommes, 40 à 50 pour les femmes. En Angleterre, Tuke et Bucknil (4) ont constaté que les fous de 20 à 40 ans étaient les plus nombreux.

Mais ces chiffres indiquent seulement le nombre absolu des aliénés aux divers âges de la vie. Or pour savoir si certaines périodes de l'existence sont plus dangereuses que les autres, il faut comparer le nombre des aliénés à celui des individus en liberté du même âge. Esquirol (5) a fait, aidé par Leuret, ce travail, et il a dressé une planche où les nombres sont représentés par des lignes de hauteurs proportionnelles On voit, en considérant ce tableau, que la population générale diminue d'âge en âge, très vite jusqu'à 20 ans, puis plus lentement, mais toujours de plus en plus rapidement en se rapprochant de la vieillesse. La fréquence de

(1) Esquirol. Ouvr. cité, II, 672 et suiv.

(2) Guislain. Ouv. cité, II, 105.

(3) In Guislain. Ibid., II, 105.

(4) In Ball. Ouv. cité, 380.

(5) Esquirol. Ouv. cité, II, 674 et suiv. et Pl. XXVI.

la folie comparée aux âges va au contraire toujours en augmentant. Plus l'individu avance dans la vie, plus il a de chances de devenir aliéné. Il y a relativement moins de fous de 30 à 40 ans que dans la vieillesse, où la proportion de ces derniers, relativement à la population du même âge, est énorme.

Cette conclusion d'Esquirol n'a pas été admise par tous les observateurs, mais elle n'a pas non plus, que je sache, été infirmée par de nouvelles statistiques. Pour les suicides (1), l'âge d'élection serait de 50 à 60 ans. Il y a peu de vieillards qui se tuent, parce que ces derniers sont moins nombreux ; toutefois, la proportion est encore plus élevée dans la vieillesse que dans les autres périodes de la vie.

Il est maintenant utile de considérer chaque âge dans ses rapports avec la folie. L'*enfance* est, d'après toutes les statistiques, la période de la vie où l'aliénation mentale est la moins fréquente ; car il ne faut point comprendre l'idiotie et l'imbécillité qui, au contraire, sont l'apanage de ce moment de l'existence. Jadis, on croyait presque à une sorte d'immunité, et Esquirol (2), qui cependant avait observé quelques cas d'aliénation dans l'enfance, écrivait : « Cette dernière est à l'abri de la folie, à moins qu'en naissant l'enfant n'apporte quelque vice de conformation, ou que des convulsions ne le jettent dans l'imbécillité ou l'idiotie ». Aujourd'hui, que l'attention est éveillée de ce côté, on trouve plus souvent la folie chez les jeunes sujets. Moreau (de Tours) (3) a trouvé assez de matériaux sur cette question pour faire une étude d'ensemble.

Si l'aliénation paraît si rare dans les premiers âges de la vie, c'est en partie que les parents conservent chez eux leurs enfants aliénés, et que, ces derniers étant moins dangereux que les adultes, l'autorité a rarement l'occasion de les placer d'office.

Toutefois, il est certain que l'enfant est peu exposé à la folie. Pourquoi ? Probablement parce qu'il a pu rarement se livrer à des excès d'aucun genre, d'alcool ou de travail, et que les causes morales n'ont pas encore de prise sur lui. En fait de psychoses, il

(1) Socquet. Ouv. cité.

(2) Esquirol. Ouv. cité, I, 29.

(3) Paul Moreau (de Tours). *La folie chez les enfants*, 1888.

ne peut guère avoir que des délires diffus sans tendance à l'organisation, c'est-à-dire à la chronicité. « Le *moi* à cet âge, dit Griesenger (1), n'est pas encore formé d'une manière bien stable, de façon à pouvoir présenter une perversion durable et radicale ; la mobilité de l'enfance est telle qu'un ordre déterminé d'idées délirantes ne peut pas à cet âge s'emparer de l'esprit et se systématiser comme cela se voit à une époque plus avancée de la vie. »

Toutefois, si les psychoses n'existent pour ainsi dire pas chez les enfants, ceux-ci sont sujets à délirer facilement sous l'influence des maladies aiguës. Des états maniaques et mélancoliques ont aussi été observés chez eux. Les suicides sont assez fréquents ; ils ont ordinairement des motifs futiles et sont souvent suscités par l'exemple. Les impulsions à l'homicide ont été parfois observées. C'est encore l'esprit d'imitation qui fréquemment inspire les crimes des enfants.

Les jeunes sujets sont quelquefois poussés à mettre le feu ; cette pyromanie précoce avait été notée par Marc (2), qui en a donné plusieurs exemples. Mais ils sont surtout aptes à recevoir par contagion des idées délirantes, qui déterminent de véritables épidémies mentales ; il suffit de rappeler les croisades d'enfants en Terre Sainte au moyen âge, et aussi la réunion de milliers de petits Cévenols qui prophétisaient durant les guerres religieuses (3).

La *puberté* jette un trouble profond dans les fonctions de l'adolescent, qui devient apte à fabriquer certains délires, qu'on a décrit en Allemagne sous une étiquette spéciale, l'hébéphrénie. M. Mairet (4) a fait une longue étude des psychoses de la puberté, qui se diviseraient, selon lui, en folie avec arrêt de développement intellectuel ou démence, et en folie pubérale simple, pouvant se présenter sous les formes de stupeur mélancolique et de manies choréique, impulsive et hystérique. C'est dire, en somme, qu'il n'existe pas de folie spéciale à la puberté. Il faut donc, avec

(1) Griesinger. Ouv. cité, 171.

(2) Marc. *De la Folie, etc.* Ouv. cité, II, 355 et suiv.

(3) Calmeil. *De la Folie, etc.* Ouv. cité, II, 272.

(4) Mairet. Folie de la puberté, *Ann. méd. psych*, 1888, VIII, 337 ; 1889, IX, 34, 209 et 353.

la plupart des auteurs, considérer ce moment physiologique comme propice à l'involution démentielle et à l'éclosion de délires. Notons aussi que, d'après les observations même de M. Mairet, la prédisposition héréditaire ou individuelle semble jouer le principal rôle dans la genèse de ces troubles morbides, puisque, de son aveu, il a trouvé 4 fois sur 7 cas des tares héréditaires. Ball (1) avait d'ailleurs fait la même observation.

Au moment de l'adolescence, les démences précoces sont à craindre, surtout chez les héréditaires. Il semble que l'organisme de certains dégénérés ne puisse faire les frais de l'évolution pubère et arrive ainsi à la banqueroute. Toutes les causes qui détruisent l'équilibre des apports nutritifs (alimentation, air, exercice), et des dépenses nécessitées par la croissance de l'individu, créent une opportunité morbide pour la plupart des maladies et notamment pour les maladies mentales.

Parfois, cette faillite organique se manifeste sous la forme de la paralysie générale, comme l'ont remarqué Clouston, Turnbull, Wiglesworth, M. Rey (2), M. Vrain, (3) M. Ballet et Charcot (4). L'étiologie est assez obscure. Presque tous appartiennent à des familles tarées, ainsi que je l'ai indiqué dans l'examen des cas publiés (5), et comme l'a bien fait ressortir M. Joffroy (6) dans une récente leçon, où ce professeur montrait aussi les caractères spéciaux propres à la forme juvénile de la paralysie générale. C'est dans l'hérédité vésanique chargée que M. Legrain (7) trouve

(1) Ball. De la folie de la puberté, *Encéphale*, 1884, 11.

(2) Rey et Manière. Paralysie générale héréditaire, *Ann. méd. psych.*, 1883.

(3) Vrain. *Contribution à l'étude de la paralysie générale précoce*, th. Paris, 1887, obs. I, 32.

(4) Charcot et Dutil. Sur un cas de paralysie générale progressive à début très précoce, *Arch. de Neurol.*, 1892, XXIII, 145.

(5) Ed. Toulouse. La paralysie générale juvénile, *Gaz. des Hôpit.* 1893, 909.

(6) Joffroy. La paralysie générale juvénile, leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 8 déc. 1894.

(7) Legrain. Contribution à l'étude de la paralysie générale chez l'adolescent. *Ann. de la Policliniq. de Paris*, avril et octobre 1893.

l'explication pathogénique de la paralysie précoce, tandis que M. Régis (1) veut surtout voir l'influence de la syphilis héréditaire.

Les troubles de l'évolution sexuelle peuvent influer sur l'état mental des individus. Et l'infantilisme moral, le féminisme, le masculisme, sont parfois le résultat des troubles de ce processus biologique.

Dans l'*âge adulte*, la plupart des maladies mentales sont communes. La paralysie générale apparaît à cette période de la vie et sévit durant toute la maturité avec une fréquence extrême. Les délires systématisés, qui sont en rapport avec le développement complet de l'esprit, sont aussi le privilège de l'âge adulte.

Enfin la *vieillesse* amène une aptitude particulière à la démence, soit que celle-ci survienne sans autres symptômes physiques, soit qu'elle accompagne des lésions matérielles de l'encéphale, une hémorrhagie ou un ramollissement cérébraux. Ce n'est pas seulement la vieillesse qui prédispose aux troubles psychopathiques ; et l'on voit tous les jours des gens d'un grand âge qui ont conservé toutes leurs facultés intellectuelles. Il faut que l'individu soit atteint par la sénilité, qui peut, sous l'influence de causes diverses (maladies aiguës ou chroniques, alcoolisme, syphilis (2), hérédité seule), survenir d'une façon plus ou moins précoce (3).

Dans son processus d'atrophie générale (Charcot) et de dénutrition de tous les organes, la sénilité produit en effet dans le cerveau des conditions favorables à l'affaiblissement intellectuel et à des délires souvent monotones, ainsi que j'ai essayé de le montrer dans ma thèse (4). Mais de véritables psychoses, semblables à celles de l'adulte, peuvent aussi s'observer chez les vieillards (5), et, dans ce

(1) Régis. Syphilis et paralysie générale. *Arch. clin. de Bordeaux*, 1892, nos 7 et 8.

(2) Charpentier. *Congrès des médecins aliénistes* (Session de Lyon 1892), 247 et suiv.

(3) In. Troubles mentaux dans la sénilité précoce. *Ann. méd. psych.* 1885, I, 272.

(4) Ed. Toulouse. *Et. clin. sur la mélancolie sénile chez la femme*, Th. Paris, 1891.

(5) Thivet. *Folie chez les vieillards*, Th. Paris, 1889.

cas, elles paraissent être sous la dépendance de tares héréditaires, ainsi que l'a bien mis en lumière M. Pécharman (1).

Dans l'*agonie*, on observe quelquefois un désordre des facultés intellectuelles, dont la cause est probablement dans les troubles circulatoires et dans l'auto-intoxication de l'asphyxie, qui crée une véritable ivresse.

Mais les forces affaiblies du mourant ne peuvent soutenir un délire quelque peu actif. Aussi y a-t-il le plus souvent, avant la mort, un délire monotone qui indique la dissociation des facultés intellectuelles. Le malade ne reconnaît plus les gens qui l'entourent, ni la maison où il est. La mémoire est faible, les associations des idées sont automatiques ; la pensée est une sorte de rêvasserie, et les discours sont pleins de confusion. Les hallucinations et illusions des sens, qu'il n'est pas toujours facile de distinguer des erreurs de jugement, ne sont pas rares. Ces symptômes, qui n'existent pas chez tous les mourants et qui se montrent surtout dans les maladies qui atteignent l'encéphale ou dans certaines maladies aiguës fébriles, ne sont intéressants que sous le rapport des testaments. C'est à ce point de vue surtout que Legrand du Saulle les a étudiés (2). Quelquefois on observe dans l'agonie une lucidité d'esprit parfaite et même une certaine excitation des facultés intellectuelles. On connaît cette illumination de la mémoire qui fait tout à coup revivre, chez les pendus et les noyés, les mille épisodes de leur existence (3).

Les médecins, dignes de foi (Brierre de Boismont, Morel, Griesinger) (4), ont noté quelquefois le retour à la raison d'aliénés mourants, de mélancoliques, d'imbéciles, de paralytiques, et surtout de maniaques. Baillarger (5) disait même que c'était un signe de mauvais pronoctic au cours du délire aigu. Ces phénomènes d'hypéridéation ont été expliqués par des modifications dans la

(1) Pécharman. *Essai sur les psychoses de la vieillesse*, Th. Paris, 1893.

(2) Legrand du Saulle. *La folie devant les tribunaux*, 1864, 122 et suiv.

(3) Morfau (de Tours). *Psychol. morb.*, ouv. cité, 432 et suiv.

(4) Brierre de Boismont. *Ann. méd. psych.* 1850, 531. — Griesinger. Ouv. cité, 133.

(5) In. Legrand du Saulle. *La Folie*, ouv. cité, 130.

circulation cérébrale, dont la plus grande activité (1) jetterait un dernier éclat sur l'esprit des mourants.

6. Sexe. — Deux points sont à considérer : la population relative des fous et des folles recensés ou internés, et le nombre des admissions des aliénés de l'un et de l'autre sexe. Il est clair que, s'il y a moins de femmes atteintes par la folie, mais ayant des formes psychopathiques plus longues à guérir, les deux genres de recherches pourront paraître se contredire.

Esquirol (2), visitant les asiles des principales villes de France, trouvait, sur près de 6,000 aliénés, une proportion moyenne de cinq hommes à sept femmes. Le même auteur concluait de l'examen de diverses statistiques qu'il y avait un écart peu considérable entre le chiffre des hommes et celui des femmes aliénés et que cet écart était en rapport avec la proportion des deux sexes dans la population.

Marcé (3) a trouvé que la population des asiles français était, dans la période de 1842 à 1854, répartie de la manière suivante : 9,314 hommes et 10,177 femmes, soit une proportion de 109 femmes contre 100 hommes aliénés, alors qu'il y avait à cette époque en France 102 femmes pour 100 hommes vivant sur tout le territoire. Enfin une statistique (4) plus récente, portant aussi sur la population de tous les asiles, indique qu'il y avait par 1,000 internés, 519 femmes au 1er janvier 1865, et 526 au 1er janvier 1875.

Toutefois si les femmes sont généralement en France plus nombreuses que les hommes dans les asiles, dans la proportion moyenne de 110 pour 100 (5), il n'en est pas ainsi partout. Guislain (6) écrivait vers 1850 qu'il y avait en Belgique 4,108 hommes pour 3,704 femmes aliénés. D'après lui des causes locales pouvaient influencer ces proportions ; ainsi on recevait à Gand plus de femmes que d'hom-

(1) Féré. *La path. des Émot.* 1892, 171 et 173.

(2) Esquirol. Ouv. cité, I, 36 et 37.

(3) Marcé. *Traité pratique*, ouv. cité, 117.

(4) Constans, Lunier et Dumesnil. Ouv. cité. 446.

(5) Lunier. Mouvement, ouvr. cité, 1884, 204.

(6) Guislain. Ouvr. cité, I, 443 et suiv.

mes, mais aussi la ville avait plus d'habitants du sexe féminin que du sexe masculin, dans le rapport de 55 à 50.

Si l'on examine maintenant la proportion relative des admissions des hommes et des femmes, on constate que, en France du moins, les premières sont plus nombreuses que les secondes. Ainsi Lunier (1) a trouvé que de 1842 à 1880 la moyenne des hommes admis était de 114 pour 100 femmes. A Paris cette différence en faveur des hommes est encore plus accentuée, et le Dr Garnier (2), reproduisant une statistique générale de la Préfecture de police, constate qu'il a été placé dans les asiles de la Seine, de l'année 1872 à l'année 1888, 34,802 hommes et 27,770 femmes, soit environ 125 hommes pour 100 femmes.

Pareillement les hommes se suicident plus souvent que les femmes dans la proportion de 3 1/2 à 1 (3).

S'il y a moins de nouveaux cas de folie chez les femmes que chez les hommes, c'est d'abord à cause de la paralysie générale, qui frappe ceux-ci et épargne celles-là, bien que ces dernières paraissent être de plus en plus frappées. Ainsi, il y avait dans nos asiles publics en 1864, pour 100 hommes paralytiques généraux, 32 femmes paralytiques ; ce dernier chiffre s'est élevé en 1874 à 40 femmes pour les asiles départementaux et à 61 pour les asiles de la Seine.

M. Idanow (5), utilisant beaucoup de documents publiés (104,284 cas observés dans les diverses contrées de l'Europe), a trouvé que la proportion des paralytiques femmes est aux paralytiques hommes de 1 à 3.09 en moyenne. Ce rapport varie peu dans les différents pays ; en France il ne serait que de 1 à 2.40. Il faut savoir qu'il est établi d'après la proportion de paralytiques de chaque sexe relativement aux autres aliénés du même sexe, les deux chiffres proportionnels pour les hommes et pour les femmes étant ensuite divisés l'un par l'autre. Ainsi, sur 100 aliénés, il y a

(1) Lunier. Mouvement, ouvr. cité, 1884, 204.

(2) Garnier. Ouvr. cité, 7.

(3) Socquet. Ouvr. cité.

(4) Constans, Lunier et Dumesnil. Ouvr. cité, 474 et 475.

(5) Idanow. De la paralysie générale chez la femme, *Ann. méd. psych.*, 1894, XIX, 382.

20 paralytiques, sur 100 aliénées il y en a 6; 20 : 6 donne la proportion des paralytiques des deux sexes, qui sont comme 1 est à 3.33. Ces chiffres sont beaucoup plus petits que ceux fournis par la comparaison du nombre brut des paralytiques hommes avec celui des femmes. Il semblerait donc que la paralysie générale est plus fréquente qu'on ne le croit généralement chez ces dernières. Mais pourquoi cette maladie frappe-t-elle moins souvent le sexe féminin ? C'est peut-être que la femme est plus rarement syphilitique et alcoolique; c'est peut-être aussi que la lésion cérébrale évolue chez elle d'une façon plus silencieuse et entraîne moins fréquemment la séquestration. Pour terminer, disons qu'il semblerait que l'âge d'élection est à peu près le même dans l'un et l'autre sexe et se place entre 30 et 40 ans.

L'alcoolisme est aussi plus de quatre fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme (1). Or les paralytiques généraux durent trois ou quatre ans et meurent; les alcooliques guérissent pour la plupart et sortent. D'une façon ou d'une autre donc ces malades disparaissent des asiles, ce qui diminue le chiffre de la population masculine. Par contre les femmes sont surtout atteintes par des psychoses d'une durée toujours plus longue que la paralysie générale et la folie alcoolique. Aussi sont-elles plus nombreuses dans les asiles, bien qu'elles y soient moins souvent admises.

Il est probable aussi que si les femmes sont moins fréquemment aliénées que les hommes, cela tient à leur vie plus régulière, à leurs excès plus rares en alcool. Si elles menaient une existence plus fatigante, nul doute qu'elles fourniraient plus de cas à la folie; car elles sont d'une émotivité défectueuse, et ont un système nerveux moins affiné et plus sensible aux actions pathogènes, comme le prouve leur plus grande aptitude aux psychoses organisées.

Le sexe a donc une influence sur la forme vésanique produite. Esquirol disait que les causes physiques agissaient plus souvent chez elles que chez les hommes, qu'elles étaient plus sujettes à la démence et que leur délire était ou religieux ou érotique et presque toujours compliqué d'hystérie, — les hommes, au contraire, étant plus maniaques et furieux. Dans une statistique portant sur

(1) Constans. Lunier et Dumesnil. Ouvr. cité, 473.

8,139 cas, M. Garnier (1) a établi que les maladies mentales sont par ordre de fréquence chez l'homme l'alcoolisme, la dégénérescence (idiotie, débilité, folie des dégénérés), la paralysie générale, l'affaiblissement intellectuel, l'épilepsie, la manie, la mélancolie, la démence sénile et le délire chronique (délire des persécutions systématisé). Chez les femmes, ce sont : la dégénérescence mentale, la mélancolie, l'affaiblissement intellectuel, l'alcoolisme, la manie, la paralysie générale, la démence sénile, le délire chronique et l'épilepsie.

L'étude de l'influence du sexe sur l'étiologie des maladies mentales conduit à des conclusions d'une haute généralisation. Retenons ici que la femme est plus sujette que l'homme aux états psychopathiques et beaucoup moins à la paralysie générale. Pourquoi? Si la prédisposition héréditaire était tout, la paralysie générale — pour prendre un exemple — devrait être également fréquente dans les 2 sexes, puisque frères et sœurs ont les mêmes parents. Or il est loin d'en être ainsi. C'est donc que les causes dites occasionnelles, l'alcoolisme, la syphilis, le surmenage, ont un pouvoir étiologique qui doit nécessairement s'exercer pour que cette prédisposition mystérieuse soit actionnée.

(1) Garnier. Ouvr. cité, 24 et 25.

# CHAPITRE III

## CAUSES PHYSIOLOGIQUES

1. Excès et défaut d'exercice. — Lorsque l'exercice des fonctions physiologiques pèche par excès ou par défaut, le système nerveux devient plus apte à l'évolution des troubles mentaux. L'*abus* de l'exercice amène la fatigue qui, musculaire ou intellectuelle, a les mêmes symptômes, comme le fait remarquer Mosso (1), dans son curieux livre. Il y a anémie cérébrale, faiblesse des muscles, plus grande irritabilité. L'individu devient aprosexique, incapable de fixer quelque temps son attention sur un sujet ; certains peuvent présenter à cette occasion des hallucinations (2). Les conditions somatiques de la fatigue sont complexes. L'auto-intoxication, par les acides carbonique et lactique et les leucomaïnes non détruits, joue certainement un rôle dans la production des symptômes observés.

C'est ainsi que la convalescence des maladies graves, qui n'est qu'une fatigue prolongée, crée une prédisposition particulière au délire. Certaines affections chroniques, comme l'impaludisme ou certaines infections (puerpérales), agissent de la même manière. M. Féré (3) a comparé la fatigue avec certains états névropathiques et montré, par certaines expériences ingénieuses, que les symptômes étaient les mêmes, si bien qu'il en conclut que « la fatigue constitue une véritable hystérie expérimentale momentanée. » Dans les deux cas, la sensibilité et la motricité seraient diminuées, et la faculté d'attention aussi, si bien que la plupart des agents provoca-

(1) Mosso. *La fatigue*, trad. Langlois, 1894, 130.

(2) Id. ibid., 129.

3) Féré. *La Path. des Émot.*, 1892, 158 et suiv.

teurs de l'hystérie — et l'on pourrait ajouter des psychoses — devraient être ramenés à un type d'action, la fatigue, la dépression des phénomènes vitaux. D'autre part, on a montré que le surmenage était capable de causer du purpura, du pseudo rhumatisme et une fièvre spéciale par suite d'une auto-intoxication (1), dont l'origine est dans l'insuffisance de l'expulsion des produits de désassimilation (2). La fatigue est donc bien une maladie.

Le travail musculaire cause tout d'abord une sorte d'ivresse passagère, l'ivresse mécanique. Guislain avait remarqué que l'excitation des maniaques augmentait sous l'influence d'exercices violents. Mais l'excès de l'activité physique amène la dépression. Il en est de même du surmenage mental dont on s'est beaucoup préoccupé dans ces derniers temps et que l'on a rendu responsable de beaucoup de cas de folie. La question du surmenage (3) est liée à celle de la civilisation, dont il est un des dangers ; je n'ai pas à revenir là-dessus. Les excès de travail intellectuel ont été surtout incriminés dans l'étiologie de la paralysie générale ; et il est certain que leur rôle est important, bien que dans les classes ouvrières qui sont de plus en plus atteintes par cette maladie, on puisse moins rationnellement invoquer leur action. Il semble aussi, comme l'a fait remarquer Cuylitz (4), que le surmenage ne frappe que les prédisposés, les intelligences qui travaillent plus que leurs forces ne le leur permettent.

Le plus souvent on note dans les antécédents des malades surmenés des excès de tous genres. Il n'est pas rare que les prédisposés abusent du travail intellectuel comme des plaisirs vénériens et des poisons excitants du système nerveux (alcool, tabac). Toutes ces causes se mêlent et s'ajoutent pour déprimer et déséquilibrer l'individu. En cela comme pour l'alcool, ne fait pas des excès qui veut, et ceux-là indiquent toujours une organisation nerveuse mauvaise.

(1) Charrin. *Pathol. génér. infect.*, ouvr. cité, 59.

(2) Mosso. *La fatigue*, 1894, 67 et suiv.

(3) Manaceine. *Le surmenage mental*, trad. Jaubert, 1890.

(4) Cuylitz. Surmenage et folie paralytique, *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belg.*, 1890, 981.

L'influence des excès d'activité se constate dans toutes les fonctions. La douleur par exemple épuise comme la fatigue (1). Quand elle est légère, elle peut exciter l'activité psychique ; il en était ainsi pour Scarron, lorsqu'il avait des accès de goutte. Cardan s'entraînait au travail par des douleurs physiques (2). Mais plus forte elle peut déterminer des troubles cérébraux. Les délires nerveux des blessés, avant que toute infection ait pu se produire, en sont des exemples.

Comme l'excès d'activité, le défaut est dangereux aussi. Lorsque l'esprit et le corps sont inactifs, dit M. Féré (3), l'attention se fixe facilement sur les sensations et les émotions individuelles qui tendent à devenir souvent la préoccupation exclusive. Beaucoup d'hypochondriaques sont entretenus dans leurs conceptions délirantes par cette oisiveté dangereuse. Mais le passage d'une vie active à une existence paisible et sans occupations suffisantes est quelquefois funeste. Souvent des états mélancoliques, qui n'ont pas d'autres causes, surviennent chez les retraités des emplois publics ou les retirés des affaires.

L'inanition, qui se caractérise par un défaut d'activité nutritive, a un grand retentissement sur les facultés intellectuelles. César disait qu'avec trois jours de diète, on pouvait rendre un homme poltron (4). Le jeûne comme la fatigue prépare le terrain aux maladies infectieuses et aux accidents nerveux. L'inanition abaisse la température ; le glycogène diminue dans le foie, et partant aussi l'action de la cellule hépatique sur les poisons (5).

Des délires surviennent parfois durant l'inanition consécutive aux maladies graves, dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Ces psychoses sont à caractère asthénique ; les idées sont confuses et souvent ont une couleur mélancolique. Mais ce qui domine, c'est la faiblesse des opérations intellectuelles, la torpeur de l'esprit frappé

(1) Féré. *La Pathol. des Émotions*, 1892, 97.

(2) Id. *Ibid.* 319.

(3) Id. *Ibid.* 502.

(4) Id. *Ibid.* 21.

(5) Charrin. *Pathol. génér. infect.*, ouvr. cité, 58.

d'épuisement. On sait que la faim provoque des idées délirantes de festin ; la soif occasionne des obsessions analogues. Le résultat ordinaire de toute continence est que le sujet est hanté par les choses dont il est privé. Les fébricitants auxquels on donne des tisanes chaudes, rêvent de boissons frappées à la glace, tout comme les hommes vertueux par état ou par tout autre nécessité sont troublés par des songes où passent des femmes nues

Enfin la suppression ou l'absence de quelques organes glandulaires exerce une grande influence sur toutes les fonctions de l'individu et notamment sur ses fonctions cérébrales. On sait les rapports qu'a avec le cerveau la glande thyroïde. Son absence congénitale détermine l'*idiotie myxœdémateuse*, à laquelle M. Bourneville (1) a consacré de nombreux travaux qui ont fait connaître cette maladie ; de même sa suppression chirurgicale, et l'on sait qu'après la thyroïdectomie il survient généralement un état de cachexie crétinoïde particulière si on ne laisse pas une portion de la glande. D'autre part l'altération de cette glande (goitres) peut donner lieu à des troubles analogues. Les désordres physiques et mentaux du goitre exophthalmique ont aussi été rattachés aux troubles de la fonction thyroïdienne (Joffroy). Il est enfin possible, ainsi que le supposait récemment M. Marie, que bien des troubles de la ménopause, et notamment des désordres dans les fonctions intellectuelles, soient dus à l'arrêt ou à la diminution de l'activité de la glande thyroïde.

La cryptorchidie, l'absence des testicules, la castration masculine et féminine, créent, comme on le verra plus loin, un état mental et physique spéciaux, et peuvent entretenir des délires, dont la pathogénie pourrait peut-être, en partie, être expliquée par le trouble glandulaire.

Le trouble de toutes les fonctions physiologiques peut d'ailleurs retentir sur l'intelligence. Esquirol (2) disait que l'éruption tardive des dents pouvait provoquer l'aliénation mentale. Le même

(1) Bourneville et d'Olier. *Progrès médical*, 1880, 709. — Bourneville et Bricon, *Arch. de Neur.*, 1886, XII, 137 et 292. — Bourneville *idem*, 1888, XVI, 431 ; 1889, XVII, 85 et 479 ; 1890, XIX, 217, etc.

(2) Esquirol. Ouvr. cité, I, 72.

auteur (1) attachait une grande importance à la suppression de la transpiration comme cause de folie. Il cite un homme de 46 ans, qui, suant beaucoup de la tête, se lava à l'eau froide, ce qui arrêta la transpiration ; la démence s'établit. Un autre malade, un maniaque, était devenu aliéné après avoir traversé un ruisseau, étant en sueur. Aujourd'hui on prête moins d'importance à ces circonstances étiologiques, mais peut-être sans aucune raison légitime. Un état congestif général peut entretenir certains troubles intellectuels. Damiens, l'assassin de Louis XV, avait remarqué que l'idée fixe de tuer le dominait moins après les émissions sanguines ; d'après lui sa tentative d'assassinat était due à un retard qu'il avait mis à se faire pratiquer une saignée (2).

2. Les fonctions sexuelles, comme toutes celles de l'organisme, doivent être exercées d'une manière suffisante et non exagérée. L'abus des plaisirs vénériens ainsi qu'une continence exagérée peuvent avoir un retentissement fâcheux sur certains cerveaux. Encore la privation sexuelle est-elle bien moins dangereuse que l'excès. Une des plus curieuses observations de troubles délirants, développpés à la suite d'une chasteté prolongée, est celle publiée par Buffon, laquelle est rapportée partout et notamment dans Morel (3). Il s'agit du curé de Cours, qui, doué d'un tempérament ardent, observait la continence. Un matin il se réveille très excité, obsédé par des images voluptueuses qu'il essaye en vain de chasser de son esprit. L'après-midi il voit deux femmes « qui firent sur lui une impression telle qu'elles lui parurent lumineuses et comme si elles étaient électrisées. » On le saigne et il prend un bain, mais le délire survient et il voit qu'on lui offre toutes les femmes de la cour de Louis XV pour le faire renoncer à la continence. Il devient furieux, brise les colonnes de son lit et enfonce les portes de sa chambre, ne pouvant supporter la lumière et atteint d'hallucinations de l'ouïe.

En général des sujets aussi ardents n'attendent pas l'explosion

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 72 et 73.

(2) Féré. *La Pathol. des Émotions,* 1892, 545.

(3) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, 181 et suiv.

de tels accidents pour calmer leur excitabilité génitale à l'aide de moyens plus naturels que la saignée et les bains. Et la plupart des observations, où des troubles psychiques sont survenus à l'occasion de la continence, montrent que les malades sont des déséquilibrés (1) qui apportent dans leur chasteté les mêmes tendances morbides qu'ils pourraient manifester dans d'autres impulsions. Souvent ces individus ont des syndrômes psychopathiques, tels que l'impuissance morale, qui trahissent leur mauvaise organisation nerveuse, dont la continence n'est qu'un effet et non la cause. D'autres fois, ils s'abstiennent du coït, parce qu'ils n'en ont pas le désir, atteints d'une frigidité spéciale. Mais la continence absolue, voulue et imposée à un tempérament ardent, est probablement exceptionnelle en dehors de quelques cas de délires mystiques ; car le remède — on pourrait dire les remèdes, — sont trop près du mal pour que les malades qui souffrent n'en usent pas au moment critique. Outre que la nature pourvoit ordinairement toute seule à ces besoins, en vidant le trop plein des vésicules séminales dans des rêves voluptueux.

Les quelques considérations ci-dessus s'appliquent surtout à l'homme ; car la femme est toujours moins active au point de vue génital. Chez elle surtout, une excitation en rapport avec la continence trahirait un état névropathique, qui devrait être considéré comme le seul responsable de tous les accidents morbides. Mais si la continence ne peut guère, chez les uns comme chez les autres, créer des troubles mentaux graves, en revanche elle peut donner une couleur au délire et même déterminer des troubles psychiques graves.

Les malades, qui ont des idées mystiques entretenues par des pratiques de dévotion exagérées, ont généralement des pensées érotiques. C'est peut-être que ces individus, étant, pour un motif ou pour un autre, souvent chastes, sont naturellement hantés par les plaisirs vénériens qui sont pour eux le fruit défendu ; d'autre part, leurs tendances érotiques trouvent naturellement dans les amours mystiques de la religion, des voies d'écoulement à leur exubérance passionnelle.

(1) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, 182.

Les excès vénériens peuvent déprimer l'individu. Mais, comme les autres, ces excès ont une signification névropathique; on ne peut les commettre à volonté. Beaucoup de psychopathes, les paralytiques généraux au début et les dégénérés de toute espèce, ont une excitabilité génésique anormale; et M. Bouchereau (1) fait remarquer avec raison que le satyriasis est bien souvent légué par l'hérédité avec bien d'autres vices d'organisation ; il en est de même de la nymphomanie (2) chez la femme. Cependant, et tout au moins dans ces cas, les excès sexuels, qui expriment un tempérament psychopathique, peuvent retentir fâcheusement sur le système nerveux du sujet. Il est clair que l'épuisement consécutif aux coïts fréquents doit avoir pour conséquence un état de fatigue chronique. Parmi les maladies dont on aurait accusé les abus sexuels, il faut surtout ranger la paralysie générale (3) ; mais un de ses symptômes de début est parfois de l'excitabilité génitale. La relation étiologique entre ces deux phénomènes est donc obscure.

Quelquefois, les excès sexuels consistent dans des pratiques exagérées d'*onanisme*. Plus que tous les autres excès encore, ceux-là sont des stigmates d'une constitution névropathique. La masturbation, habituelle chez l'adolescent, doit cesser avec les premiers rapports sexuels, ou ne se continuer que d'une façon exceptionnelle et seulement dans les moments où le coït ne peut être pratiqué. Mais lorsqu'elle devient une habitude, et surtout si elle est exclusive de tout coït, elle a une signification diagnostique certaine ; elle est, dans ces cas, subordonnée à un dégoût pour la femme, ou à une timidité génitale extraordinaire, tous stigmates d'un état dégénératif.

Si la masturbation, pratiquée d'une façon modérée, ne semble pas être plus fatigante que le coït, ses abus sont tout aussi dange-

(1) Bouchereau. Art. Satyriasis, *Dict. Encycl. des Sciences médic.*, 3e s. t. VII, 1879.

(2) Bouchereau. Art. Nymphomanie. *Dict. Encycl. des Sc. méd.*, 2e s., t. XIII, 1879, 824.

(3) Ach. Foville. Art. Paralysie générale Nouv. *Dict. de méd. et de Clin.*, XVI, 1878, 96.

reux ; mais il n'est pas prouvé qu'ils le soient davantage. Il faut tenir compte de deux faits qui ont pu égarer les observateurs. La masturbation étant répétée fréquemment par des sujets déséquilibrés, il est évident que ses effets seront plus graves. Toutefois il ne faut pas rattacher cette nocuité particulière à l'acte, mais à l'individu qui le pratique. En outre l'onanisme est plus dangereux parce que ses excès sont plus faciles à commettre.

Esquirol (1) disait que la masturbation était plus fréquente chez les riches, et plus funeste chez les hommes que chez les femmes. Morel (2) croyait que ce vice était plus répandu dans les pays septentrionaux. Avant cet auteur, Guislain (3) avait attaché une grande importance à ce facteur étiologique, auquel il attribuait la fréquente production de la mélancolie, de la manie, du suicide et de la démence. Griesinger et Marcé ont soutenu des opinions analogues.

Toutefois, il est rarement vrai de dire que la masturbation est cause de la mélancolie, du suicide, de la manie, — de quels maux ne l'a-t-on pas accusée ? — mais ce qui est vrai, c'est que ceux qui deviennent mélancoliques et maniaques se masturbent souvent, comme le prouve la lecture des observations (4).

2. Sommeil et rêves. — Le sommeil est le réparateur naturel de la fatigue ; il est aussi nécessaire que l'alimentation. Aussi a-t-on pu dire sans trop d'exagération : qui dort dîne. On comprend que les veilles fréquentes et prolongées puissent déterminer chez certains individus un état d'épuisement où les délires ont une grande facilité à se développer. Souvent ces excès sont commis par des névropathes, qui sont justement peu capables de les bien supporter. Mais en général, la privation de sommeil est rarement rencontrée comme la seule condition étiologique d'une psychose ; aussi, est-il difficile de déterminer exactement son action.

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 47.

(2) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 177.

(3) Guislain. *Leç. orales*, Ouvr. cité, II, 61, 62.

(4) Biaute. Mélancolie suicide consécutive à l'onanisme, *Ann. méd. psych.*, 1888, VIII, 34.

Un phénomène qui se montre fréquemment dans le sommeil et a des rapports plus connus ou seulement plus curieux avec l'aliénation mentale, est le rêve. A cause de la mobilité et de l'incohérence de ses scènes, et à cause aussi de l'apparent automatisme de la pensée qui s'y dévoile, il a été souvent comparé au délire (1). Et en effet certains délires, surtout ceux sous la dépendance d'une intoxication alcoolique ou encore d'une maladie aiguë, sont en tout comparables à des rêves. Dans les deux cas, ce qui domine, c'est la diminution de la perception extérieure ou ses erreurs, ainsi que le libre exercice des facultés intellectuelles, c'est-à-dire le réveil, dans un pêle-mêle pittoresque, des images qui ne sont unies par aucun lien raisonnable et dont la synthèse ne peut se faire dans la voie d'un jugement normal.

Mais les rêves n'ont pas avec la folie que ces rapports de ressemblance. Au début de la plupart des aliénations mentales, ils prennent des caractères spéciaux en rapport avec le délire, bien que celui-ci puisse n'avoir parfois aucun retentissement sur eux. Chez les paralytiques généraux, on a parfois constaté des songes qui trahissaient des idées extravagantes, même avant que la maladie fût manifeste (2). Les mélancoliques ont des rêves pénibles d'angoisses ; enfin les cauchemars des alcooliques ont un caractère terrifiant bien connu. Certains dégénérés ont des hallucinations mystiques (Régis). Dans tous ces cas, les songes servent d'éléments de diagnostic, et l'on comprend que « le rêve, étant la pensée de l'homme endormi » (3), doive réfléter son état mental. Ainsi les rêves terrifiants des enfants sont souvent un stigmate de névropathie (Lasègue). Parfois on a pu les considérer à un point de vue pronostique, soit qu'ils annoncent des guérisons (4), soit qu'ils soient les avant-coureurs d'une phase prochaine d'excitation ou de dépression (5).

(1) Moreau (de Tours). De l'identité de l'état de rêve et de la folie. *Ann. méd. psych.*, 1855, XIX, 361. — Lasègue. Le délire alcoolique n'est pas un délire mais un rêve. *Etud. méd.* Ouv. cité, II, 203.

(2) Faure. Etude sur les rêves morbides. *Arch. génér. de méd.*, 1876, 558.

(3) Chaslin. *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire*. Th. Paris, 1887, 8.

(4) Maudsley, *Pathol. de l'esprit*. Trad. française, 1883, 46.

(5) Moreau (de Tours). *Du Hachisch et de l'alién. ment.*, 1845, 266. — Chaslin. *Du rôle du rêve...*, ouvr. cité, 38.

Enfin les rêves paraissent être quelquefois la cause même d'un délire. Certains, qu'on a appelés rêves prolongés (1), se sont rencontrés souvent chez des personnes paraissant jouir d'une bonne santé mentale. Baillarger (2), dont la pondération intellectuelle n'a jamais été suspectée, a raconté avoir rêvé un soir qu'un de ses confrères prenait la direction d'un journal de médecine. Le lendemain, il annonce la nouvelle à toutes les personnes qu'elle pouvait intéresser, et ce n'est que plusieurs heures après qu'il se rendit compte que c'était un rêve.

M. Faure (3) a cité plusieurs autres faits analogues, et notamment celui-ci : W... vient un matin prier son ami de lui servir de témoin dans un duel. La veille il a, dit-il, soufflété un homme à propos d'une femme. Le rendez-vous est pris pour 8 heures, du côté d'Issy. Cependant cet évènement, si contraire au caractère de ce duelliste improvisé, cause de l'étonnement, on prend des renseignements et on établit que tout était imaginaire. Peu de temps après, W... avouait que le soir de la prétendue querelle, il n'était pas au bal et s'était couché ; il se rappelait seulement qu'il avait eu en rêve une querelle qui l'avait fortement impressionné.

On se souvient probablement aussi de l'histoire d'un M. R... qui intrigua Paris durant quelques heures, il y a trois ans. Il raconta un jour qu'il s'était battu en duel avec quatre adversaires. Un journal fit une enquête et démontra que rien n'était vrai de ce conte fantastique. Le héros de l'aventure est mort plus tard paralytique général. Avait-il rêvé ce duel étrange ou bien cette scène s'était-elle imposée à son esprit à l'état de veille ? La seconde hypothèse est vraisemblable, car le rêve survient quelquefois tout éveillé. M. Joffroy (4) a montré, au cours d'une de ses leçons, un paralytique général racontant toujours de la même manière une histoire extraordinaire qui n'était pas nettement rattachable à un rêve.

Les alcooliques sont sujets à des délires qui se rapportent à des

(1) Ball. Les rêves prolongés. *La France médicale*, 1885, n° 7.

(2) In Faure. *Etude sur les rêves morbides persistants*, Ouv. cité, I.

(3) Id., *ibid.*, 556.

(4) Joffroy. *Les Récits imaginaires*, Leç. faite à l'asile Sainte-Anne, Déc. 1894.

rêves prolongés. A chaque crime retentissant, il n'est pas rare qu'un ou deux malades aillent s'excuser d'être les coupables et donnent des récits du meurtre avec des détails qui pourraient en imposer pour la vraisemblance.

Parfois, ces rêves prolongés tendent à s'enraciner dans l'esprit du sujet qui, de temps à autre, est repris par leur obsession (1). On peut les comparer aux idées fixes qui s'implantent dans le cerveau des hystériques, à la manière d'éléments parasites (2), et qui, presque en dehors de la conscience principale du sujet, agissent comme des corps étrangers, en provoquant des angoisses, des émotions, etc... Il est bon de faire remarquer que cette persistance d'un rêve au-delà de quelques heures, et son retour périodique, — ce qui constitue un véritable délire, — est certainement un indice d'un tempérament psychopathique spécial. Certains rêves peuvent être le point de départ de délires qui ne sont pas aussi nettement localisés. Ainsi une malade de M. Chaslin (3), très émotive et possédant des antécédents héréditaires et familiaux très chargés, rêva un jour qu'elle tuait son mari et sa fille avec un couteau. Peu après, elle commença à avoir une peur morbide des instruments tranchants et de ceux qui les manient; puis ses craintes se sont étendues et elle a eu peur de mordre les gens, de se noyer, de toucher les chiens, les chats, etc... Parfois les hallucinations hypnagogiques (4), phénomènes qui surviennent entre la veille et le sommeil et qui peuvent être rapprochés des rêves, sont le début d'une aliénation mentale (5). Des délires ont éclaté la nuit, à l'occasion d'un rêve. Baillarger et récemment M. Féré (6) en ont rapporté des exemples.

Dans tous les cas, lorsque le rêve n'est pas un symptôme de l'aliénation mentale — ce qu'il n'est pas toujours commode d'établir

(1) Faure. *Etude sur les rêves morbides,* ouv. cité, 555.

(2) Pierre Janet. *Etat mental des hystériques,* collection Charcot-Debove, 2 vol.

(3) Chaslin. *Du rôle du rêve.* Ouv. cité. 44.

(4) Maury. De certains faits observés pendant les rêves et dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil. *Ann. méd. psychol.*, 1857, 14.

(5) Chaslin. *Du rôle du rêve.* Ouv. cité, 47.

(6) Féré. *La médecine d'imagination,* Paris, 1886, 27.

— il ne paraît pouvoir provoquer un délire que sur un sujet prédisposé. Son mode d'action alors est en tout comparable à une émotion qu'aurait ressentie le sujet à l'état de veille. Car les effets physiologiques des émotions se produisent durant le sommeil avec une intensité peut-être plus grande qu'à l'état de veille, à cause de l'absence de l'influence correctrice de la perception extérieure des sens(1). M. Féré (2) a publié un cas de paralysie hystérique consécutive à un rêve. Comme le dit excellemment cet auteur « si dans le rêve il s'agit de représentations imaginaires, les émotions qui accompagnent ces représentations sont on ne peut plus réelles. »

4. — La Menstruation est certainement la fonction physiologique qui a été le plus souvent incriminée dans la recherche des causes de la folie (3).

L'établissement des règles à la puberté est quelquefois l'occasion de troubles psychopathiques; d'autre fois le délire précède les premières règles, dont l'apparition rétablit la santé mentale (4). Mais souvent, au contraire, ces troubles physiques coïncident avec les premières menstrues et persistent plus ou moins longtemps.

Durant la période de maturité de la femme, les règles sont souvent accusées de produire des désordres intellectuels. Même lorsqu'elles s'accomplissent normalement, elles peuvent retentir sur l'état mental et le troubler. Tantôt, comme pour la première fois, l'écoulement du sang est la terminaison des troubles psychiques, qui ont débuté avec les prodromes des règles; tantôt au contraire, il semble être l'occasion de ces troubles cérébraux, qui cessent avec les menstrues (5). Il est des femmes qui présentent ainsi à chaque période mensuelle, et avec assez de régularité, un état mental particulier, consistant surtout en des obsessions et des impulsions diverses.

(1) Féré. *La path. des émot.*, 1892, 297.

(2) Feré. *La path. des émot.* 152.

(3) On trouvera des renseignements nombreux sur tous les points de cette question dans l'excellente thèse de M. Icard. *Contribution à l'étude de l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle*, Paris, 1889.

(4) Morel. *Trait. des mal. ment.*, 1860. 189,

(5) Brierre de Boismont. *De la menstruation*, 1842, 100 et 98.

Ordinairement, les désordres intellectuels surviennent chez des femmes dont la fonction menstruelle est troublée, soit que les époques ne soient pas à intervalles réguliers, soit qu'il y ait de la dysménorrhée avec douleurs. La suspension des règles semble amener souvent des troubles délirants. Je fais une restriction, parceque comme l'aménorrhée est un symptôme des plus fréquents de l'invasion de la folie, il est ordinairement difficile de dire si elle est la cause ou l'effet des désordres intellectuels. Cependant il est des faits qui permettent de trancher cette question. Par exemple il arrive que le retour des règles ramène la santé. Telle une malade d'Esquirol (1) qui était restée pendant dix ans dans un état de démence et qui, un jour, après l'apparition des règles, se jette dans les bras de sa mère en s'écriant: « Maintenant je suis guérie », ce qui était vrai. Morel (2) fait remarquer que dans d'autres faits, l'aliénation n'est pas toujours nettement liée à la menstruation. Car beaucoup de malades, chez lesquelles on a constaté la suppression des règles, guérissent avant que celles-ci ne réapparaissent ou continuent à délirer alors que la menstruation est rétablie.

Ce qui est vrai, c'est que la plupart des aliénées cessent d'être réglées au début ou au cours de leurs troubles mentaux. Lorsqu'elles entrent en convalescence, les menstrues reviennent plus ou moins vite, et lorsque ces dernières réapparaissent sans qu'il y ait d'amendement dans l'état mental, c'est un signe de chronicité et même d'incurabilité (3). Il est vrai aussi que chez les aliénées réglées, les menstrues sont souvent le signal de l'exagération du délire ; Esquirol disait en effet: « L'époque du retour des règles est toujours un temps orageux pour les femmes aliénées, moins pour celles dont les menstrues ne sont point dérangées (4) » ; et Baillarger (5) avait cru remarquer que la menstruation pouvait transformer la manie en délire aigu.

Mais c'est surtout quand les règles disparaissent pour toujours, au

(1) In. Morel *Traité des mal. ment.*, 1860, 193.

(2) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, 193 et 194.

(3) Esquirol. Ouv. cité, I, 364.

(4) Esquirol. Ouv. cité, I, 69.

(5) Baillarger. *Recherches, etc.* Ouv. cité. I, 234.

moment de la ménopause (1), que les troubles mentaux en rapport avec la fonction menstruelle surviennent fréquemment ! On sait en effet que c'est chez la femme un âge d'élection pour les vésanies. Ball faisait spirituellement remarquer que la mauvaise réputation des belles-mères n'avait probablement pas d'autre cause et que leur caractère désagréable tenait souvent à leur âge critique.

Les psychoses menstruelles décrites sont en tout semblables à celles qu'on observe dans d'autres circonstances. Toutefois les impulsions, surtout au vol, paraissent les plus fréquentes. M. Icard (2) a relevé la plupart des observations de kleptomanie survenues chez les femmes, dans la période menstruelle. Dans une statistique faite par Legrand du Saulle (3) au Dépôt, sur 104 voleuses, 35 étaient dans la période menstruelle, 10 étaient arrivées à l'âge critique ou débilitées à la suite de pertes utérines abondantes et 5 enceintes. La plupart de ces délinquantes pratiquaient le vol à l'étalage dans les grands magasins. « Le 4 février 1889, jour d'exposition, 49 voleuses ont été arrêtées dans les magasins du Bon Marché; parmi elles, il y avait des marquises, des comtesses, des baronnes et autres grandes dames des nobles faubourgs (4) ».

Mais les impulsions aux incendies (5), à l'homicide (6), au suicide (7) ont encore été notées chez les menstruelles. Et aussi les délires religieux (8), érotiques (9), qui sont souvent

(1) Pagès. *Rapport de la ménopause et de l'alién. ment.*, Th. Nancy, 1876. — Garat. *Influence de la ménopause sur le développement de la folie*, Th. Paris 1892.

(2) Icard. Ouv. cité, 132 et suiv.

(3) Legrand du Saulle. *Les hystériques*. 1883, 449 et 450.

(4) Icard. Ouvr. cité, 133,

(5) Marandon de Montyel. *Arch. de neur.*, 1885, X, 322, et 1887, XIII, 19.

(6) Marc. *Consultat. méd. lég. sur H. C. femme Berton*, 1827. — Brouardel. Etat mental des femmes sous l'influence des fonctions génitales, *Gaz. hôpit.*, 1888, 345.

(7) Brierre de Boismont. *Du suicide et de la folie*, 1865, 206.

(8) Dupain. Th. Paris, 1888, 123.

(9) Taguet. *De l'influence de la menstruation sur le système nerveux*. Th. Paris, 1872, 26.

associés (1), et mélancoliques. Ces derniers se montrent surtout à la ménopause (2). Durant cette dernière période biologique de la femme, la paralysie générale a aussi été souvent notée. D'après Krafft Ebing, sur 80 femmes, 22 soit 27.5 0/0 deviendraient paralytiques au moment de la ménopause (3). Mais il faut se rappeler que la paralysie générale a pour conséquence d'arrêter les fonctions menstruelles (4).

Quel rapport pathogénique peut exister entre les fonctions menstruelles et les troubles mentaux. On a vu que ces derniers coïncident parfois avec les règles et paraissent provoqués par celles-ci, qu'elles soient normales ou pathologiques (5). Mais d'autres fois les désordres psychiques semblent amenés par la suppression des menstrues. On a cité des cas où le délire éclatait peu après le début de l'aménorrhée et durait jusqu'au retour des règles; les folies de la ménopause doivent entrer dans ce groupe. Enfin, dans le plus grand nombre d'observations, il est difficile, sinon impossible, de trouver un lien étroit entre les diverses dysménorrhées et les délires qui, les uns et les autres, sont souvent les symptômes d'une même maladie.

Dans la menstruation, il y a des troubles nutritifs importants (6) : les sédiments uratiques abondent dans les urines; les acides gras affluent aux émonctoires, viciant l'haleine et donnant une odeur anormale aux sécrétions cutanées. La nutrition est donc ralentie et il en résulte des phénomènes d'auto-intoxication, qui peuvent agir, comme tous les autres, sur certains systèmes nerveux. Il peut se faire que ces phénomènes morbides dépendent en partie du fonctionnement exagéré de l'ovaire qui, comme toutes les autres

(1) Bouchereau. Art. nymphomanie, *Dict. encycl, des sc. méd.*, 2e série, XIII. 1879, 824.

(2) Bruant. *De la mélancolie survenant à la ménopause.* Th. Paris, 1888, 72.

(3) Icard. Ouvr. cité, 52.

(4) Petit. *Des rapports de la paralysie générale chez la femme.* Th. Paris, 1886.

(5) C'est par l'aménorrhée toute spéciale de la grossesse qu'on a voulu expliquer la guérison de certaines aliénées, qui parfois recommencent à délirer au retour des règles.

(6) Legendre. Ouvr. cité. 265.

glandes, serait chargée de sécréter des liquides utiles à l'organisme mais toxiques en grande quantité ou sous certaines conditions. Il faudrait rapprocher ces faits de ceux où l'exagération fonctionnelle de la glande thyroïde cause des troubles nerveux et psychopathiques (goître exophthalmique).

Ce qui paraît encore plus vraisemblable, c'est que dans l'aménorrhée, dans la ménopause notamment, l'ovaire ne fonctionnant plus, il se produirait un état de diminution de vitalité comparable à celui amené par le défaut de fonctionnement de la glande thyroïde, d'autant plus que ce dernier organe a, à l'âge critique, des rapports physiologiques avec l'ovaire et diminue de volume, ce qui peut avoir un retentissement morbide. Beaucoup de femmes, en effet, ont à la ménopause, qui est pour elles le début de la sénilité, une peau épaisse et de l'affaiblissement intellectuel, à rapprocher du myxœdème.

Enfin l'on pourrait encore invoquer certains facteurs pathogéniques, la douleur dans la dysménorrhée, et aussi l'infection, puisque des sages-femmes, dans la période menstruelle, ont pu être atteintes par contagion de fièvre puerpérale (Tarnier). D'ailleurs l'ovulation est, par ce danger des infections comme par son processus physiologique, un *accouchement en miniature*, selon l'expression de Courty. Mais il faut toujours en revenir au terrain, et la lecture des observations nous convainc que presque toujours les menstruelles délirantes ont des tares nerveuses dans leurs antécédents personnels ou familiaux.

5. La Puerpéralité. — La puerpéralité étant l'ensemble des modifications déterminées par la fécondation et ses conséquences, il est clair qu'elle comprend la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et l'allaitement.

Depuis Hippocrate, les médecins attribuaient la folie des femmes enceintes et en couches au transport des lochies (1), des menstrues et du lait au cerveau. Cette théorie humorale a régné jusqu'au commencement de ce siècle. Avec Esquirol (2) les doctrines cèdent

(1) Hippocrate. *Œuvres complètes*, trad. Littré 1853, VIII, 99 et 100.

(2) Esquirol. Ouv. cité, I, 230 et suiv.

le pas aux faits, qui sont étudiés avec soin. Les observateurs remarquent et mettent de plus en plus en lumière le rôle de la prédisposition héréditaire, qui est bien vu par Marcé (1).

Plus tard M. Magnan et ses élèves (2), insistèrent pour montrer que la puerpéralité est une occasion banale à délirer et que les psychoses ne se ressentent en rien de ce facteur dans leur forme et leur évolution. Mais à l'Étranger, un mouvement différent se produisait et tendait à donner une plus grande importance à l'empoisonnement du sang, assez fréquent chez les femmes enceintes ou les accouchées. Déjà Griesinger avait attribué les psychoses puerpérales à l'action du sang vicié sur le cerveau. Plus tard Donald Fraser (3), Campbell-Clark (4), Hansen, apportèrent des faits à l'appui de cette théorie qui donnait à ces délires des conditions somatiques nécessaires, parmi lesquelles, en premier rang, étaient les infections post-partum. Ces idées pénétrèrent en France. Analysées par M. Parant (5), elles trouvèrent des défenseurs dans M. Faure (6) et M. Lallier (7), dont le travail résuma tout ce qui avait paru d'intéressant sur cette question. J'ai moi-même, à propos d'un cas intéressant (8), fait sur ce sujet une revue générale (9), à laquelle j'emprunte les détails qui suivent.

On a recherché les diverses conditions étiologiques qui favori-

(1) Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes*, 1858, 42 et 161.

(2) De Gorsky. *Considér. sur la folie puerpérale et sa nature*, Th. Paris, 1888. — de Garcia Rijo. *Contribution à l'étude de la folie puerpérale*, Th. Paris, 1879.

(3) Donald Fraser. A case of puerperal mania with remarks, *Glasgow méd. journ.*, 1883, 4e s., XXIV, 369.

(4) Campbell-Clark. Aetiology pathology and. treatment of puerper. insanity, *Journ. of ment. Sc.*, 1887.

(5) Parant. La folie puerpuérale. Sa nature et ses origines. *Ann. méd. psych.*, 1888, VIII, 62.

(6) Faure. *Contrib. à l'étude de la folie puerpér. chez les nouv. accouchées.*, Th. Lyon, 1890.

(7) Lallier. *De la folie puerpérale dans ses rapp. avec l'éclampsie et les accid. infect. des suites de couch.*, Th. Paris, 1892.

(8) Ed. Toulouse. Délire infectieux de la période post-puerpérale, *Tribune méd.*, 1893, 686.

(9) Ed. Toulouse. Etiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales, *Gaz. des hôpit.*, 1893, 1057.

saient la production des délires puerpéraux. La fréquence de ces psychoses relativement au nombre des accouchements serait, d'après des chiffres donnés par Marcé (1), de 1 (Béhier), 2-5 (Reid), 5-5 (Gream) p. $^{00}/_{000}$, c'est-à-dire peu grande. Ces statistiques, dressées par des accoucheurs qui n'observent guère que les folies post-partum, pèchent par défaut. Toutefois M. Bar pense que, dans ces derniers temps, l'antisepsie aurait fait diminuer les cas de troubles mentaux liés à l'accouchement.

Les psychoses puerpérales paraissent assez fréquentes relativement aux autres genres de folie. Pour 100 aliénés, Esquirol (2) trouvait 8,2 puerpérales en 1838, Marcé (3) 3,7 en 1856 et M. Faure (4) 2 environ en 1890. Il faut remarquer que cette apparente diminution pourrait, en partie, tenir à ce fait que beaucoup de médecins d'asiles n'emploient plus aujourd'hui sur leurs certificats, la dénomination de folie puerpérale, qui est pour eux une folie dégénérative.

Relativement aux périodes de la puerpéralité, on trouve, en additionnant les chiffres donnés par Esquirol, Mac-Donald, Marcé et Madame de Gorsky (5), que les folies de la grossesse sont les moins communes, que celles de l'accouchement entrent pour la moitié du chiffre total, et celles de la lactation pour le tiers environ.

Esquirol avait remarqué que l'accouchement était plus dangereux pour les riches oisives et menant une existence excitante, tandis que le sevrage l'était davantage pour les pauvres débilitées et mal nourries. Les filles-mères seraient aussi plus exposées, à cause des émotions et des privations matérielles. C'est entre vingt-cinq et trente ans, période de la plus grande fécondité, que les psychoses puerpérales sont les plus fréquentes. Marcé a remarqué que plus la femme s'éloignait de cet âge et surtout se rapprochait de la ménopause, plus elle avait des chances de devenir aliénée à l'occasion d'une grossesse. Tout ce qui peut affaiblir l'individu, l'anémie, les

(1) Marcé. Ouv. cité, 1858, 24 et 25.

(2) Esquirol. Ouv. cité, I, 232.

(3) Marcé. Ouv. cité, 1858, 27.

(4) Faure. Ouv. cité, 21.

(5) M. de Gorsky. Ouv. cité, 8.

écarts de régime, la tuberculose, les maladies infectieuses, la fièvre typhoïde et la scarlatine (Campbell Clark), les intoxications, l'alcoolisme, le chloroforme (Webster), toutes ces causes prédisposent aux psychoses puerpérales. Le refroidissement, un coup de tonnerre (Esquirol) peuvent avoir la même action. Mais les influences morales sont les plus puissantes ; Esquirol les admettait dans 50 0/0 des cas, tandis que Hansen ne les a trouvées que 2 fois sur 100. Morel et Marcé leur accordent un rôle adjuvant. Quoi qu'il en soit, les émotions retentissent fortement sur les puerpérales et peuvent même favoriser les infections.

Certaines causes sont plus particulièrement liées à l'état puerpéral. La conception peut être le début de la psychose, qui disparaît quelquefois alors avec la grossesse (Esquirol). La multiparité a été incriminée par Marcé (75 0/0) et par d'autres. Certaines femmes deviennent aliénées à l'occasion de la grossesse (Esquirol) ou de l'accouchement (Marcé) de garçons et restent indemnes lorsqu'elles sont enceintes de filles. D'autres deviennent aliénées chaque deuxième couche, ou à un mois correspondant de chaque allaitement (Esquirol). Enfin, parfois au contraire, la grossesse a guéri des délires plus ou moins anciens (1).

Tous les accidents des suites de couches ont été incriminés : les douleurs violentes, les hémorrhagies, l'application du forceps, le travail laborieux, le retour des couches (Baillarger), le sevrage brusque, l'allaitement prolongé. Mais deux accidents ont été particulièrement incriminés : l'éclampsie et l'infection.

Dans 100 cas d'éclampsie, Braun a rencontré des troubles intellectuels 8,3 fois, Wieger 7,1, Seegen 4,3, Olshausen 6. D'autre part les délires post-éclamptiques seraient, relativement au nombre total des psychoses puerpérales, dans la proportion de 5 0/0 environ. Donc, numériquement, ces délires ne seraient pas très rares dans l'éclampsie et entreraient pour une petite part dans le nombre total des psychoses puerpérales. Les troubles psychiques suivent en général d'assez près les convulsions, quelquefois ils alternent avec elles ou semblent les remplacer. Ni le nombre des crises

(1) Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes*, 1858, 166.

(2) Marcé. *Ann. méd. psychol.*, 1857, III, 337. — Guislain. *Leç. orales*, ouv. cité, II, 278.

convulsives, ni leur intensité ne paraissent avoir une action pathogénique évidente. Enfin les accès délirants apparaissent à la suite de toutes les éclampsies de la grossesse, du travail et surtout de celles qui suivent l'accouchement.

M. Féré a essayé de prouver que l'éclampsie puerpérale était, comme les éclampsies infantiles et urémiques, une épilepsie le plus souvent aiguë, mais qui pouvait persister après l'accouchement et se comporter comme un mal comital dit essentiel. Toutes ces épilepsies ne se développeraient que sur un terrain névropathique, et la puerpéralité, l'urémie, ne seraient pour elles que des causes banales nullement nécessaires, puisqu'elles pourraient apparaître en d'autres occasions. Quoi qu'il en soit, ces crises convulsives, provoquées par la grossesse, s'accompagnent quelquefois de délires. Quels rapports pathogéniques rattachent ces derniers à celles-là ? On a voulu voir dans l'albuminurie, qui est d'ordinaire associée à l'éclampsie, la cause prochaine des psychoses liées aux crises convulsives. Mais l'éclampsie peut exister sans albuminurie et être, malgré cela, accompagnée de troubles psychiques.

Il faut donc considérer tous ces phénomènes d'une façon plus large. Le délire, l'éclampsie, l'albuminurie sont trois symptômes d'un même état, de l'auto-intoxication qui existe, on peut dire normalement dans la grossesse. Chez la femme enceinte, les poisons fabriqués dans les tissus et ceux venus du dehors par l'estomac n'étant plus suffisamment détruits ou éliminés, à cause de l'insuffisance fonctionnelle du foie et des reins, provoquent une intoxication générale. Celle-ci se manifeste par l'élévation de la toxicité du serum sanguin et l'abaissement de celle de l'urine (1), et aussi par des attaques convulsives et des troubles intellectuels. Dans ces derniers temps, une nouvelle théorie, défendue par MM. Doléris et Butte (2), Combemale et Bué (3) tendrait à faire de certaines éclampsies des maladies microbiennes. Le délire serait, dans tous les cas, ressortissable à une intoxication d'origine externe ou interne.

(1) Chambrelent, *Soc. de biol.*, 27 février 1892.

(2) Doleris et Butte. *Soc. de biol.*, 1885. Plus tard, M. Doléris est revenu sur l'absolu de ses premières affirmations. Pour lui, actuellement, l'urémie est une maladie très complexe qui n'est pas justiciable d'une seule explication.

(3) Combemale et Bué. *Soc. de biol.*, 19 mars, 1892.

L'infection a été aussi accusée ; elle a été notée chez 100 puerpérales aliénées, 50 fois (Campbell Clark), 66 fois (Idanof), 70 fois (Lallier) et 86 fois (Hansen). Etant donné que les infections puerpérales tendent à devenir de moins en moins fréquentes, cette proportion chez les accouchées aliénées est énorme. Toutes les complications infectieuses ont été signalées, soit celles qui s'exercent par la voie lymphatique (lymphangites phlegmons, péritonite) ou par la voie veineuse (phlébite, endocardite, pyohémie), — ce dernier mode le plus fréquent, 19 fois sur 29 cas d'après M. Lallier.

Campbell-Clark, qui avait étudié les états psychopathiques puerpéraux s'accompagnant des phénomènes infectieux, en a décrit les principaux symptômes physiques : suppression fréquente de la sueur, d'où couleur jaunâtre de la peau et odeur repoussante ; salive épaisse, parfois verdâtre ; sucs digestifs et bile diminués, d'autres fois cette dernière plus abondante et colorant fortement les urines ; fèces sèches, dures et fétides. Dans la moitié des cas, il y a rétention ou diminution de l'urine, dont les chlorures, les phosphates et l'urée, tombent souvent au-dessous de la moyenne, tandis que l'albuminurie (A. Voisin) serait assez fréquente. Savage y avait trouvé du sucre, et M. Ballet (1) l'a rencontrée hypertoxique. Les mamelles sont tendues ou flétries. La suppression du lait est presque constante (70 fois sur 100 d'après Campbell-Clark) ; les lochies se suppriment ou prennent une mauvaise odeur et parfois un aspect purulent. Enfin l'hémoglobine tomberait au-dessous de la normale (Lewis) et la température moyenne serait plus élevée que dans les autres maladies mentales (Clouston).

Le délire peut apparaître avant que les symptômes infectieux soient manifestes, et dans ce cas, on peut se demander si quelques-uns de ces derniers ne sont pas les effets plutôt que les causes de la folie ; mais le plus souvent ils sont antérieurs en date. Comme pour l'éclampsie, ce n'est pas l'intensité ni la durée des phénomènes infectieux ni leur localisation qui peut expliquer l'apparition du délire ou sa marche. On s'est aussi demandé si la fièvre ne serait pas la vraie cause des troubles mentaux ; or elle n'est pas toujours en rapport avec les désordres psychiques.

(1) Ballet. *Sem. médicale*, 1893.

Donc il semble que c'est bien l'infection qui, lorsqu'elle existe, est l'agent provocateur du délire. Encore faut-il admettre la nécessité d'une certaine aptitude morbide du cerveau. Or tous ne s'entendent pas sur l'importance de la prédisposition vésanique dans les folies puerpérales. Les uns pensent qu'elle est indispensable et que les autres causes ne sont rien que des occasions ; Mme de Gorsky (1) a trouvé 33 prédisposées héréditaires sur 33 malades dont les antécédents étaient connus. Par contre Schüle va jusqu'à déclarer que l'hérédité n'a aucune part dans la production des psychoses puerpérales. Plus récemment M. Joffroy (2), étudiant ces aliénations mentales, faisait remarquer que quelquefois la puerpéralité éveillait, en même temps que du délire, la chorée, l'hystérie ou le goître exophthalmique. Cette association des troubles nerveux provoqués à la fois indique bien que les sujets sont avant tout des prédisposés. Là donc, comme ailleurs, l'aptitude névropathique paraît nécessaire ; mais les autres causes, surtout l'infection, jouent un rôle considérable, en donnant une certaine forme et une certaine évolution au délire.

Au point de vue clinique, on peut, comme je l'ai fait dans une revue de la question (3), diviser les psychoses puerpérales en quatre chapitres, selon qu'elles surviennent durant la grossesse ou la parturition, après l'accouchement ou encore pendant la lactation. Les femmes enceintes sont surtout sujettes aux impulsions et obsessions (4) que l'on connaît sous le nom vulgaire d'*envies*; les troubles intellectuels, qui sont d'ailleurs assez rares au cours de la grossesse et des plus variés comme aspect clinique, sont de plus en plus fréquents à mesure que cette dernière évolue. Certaines psychoses naissent et se terminent avec elle (Esquirol, Boivin); ce sont proprement des folies conceptionnelles. Mais les délires déve-

(1) Mme de Gorsky. Ouv. cité, 30.

(2) Joffroy. *Les psychoses puerpérales.* Leçons faites à l'asile Ste-Anne, nov. 1894.

(3) Ed. Toulouse. *Etiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales*, ouv. cité.

(4) Brouardel. Etat mental de la femme sous l'influence des fonctions génitales et en particulier de la grossesse, *Gaz. des hôp.*, 1888, 345.

loppés au cours de la grossesse peuvent aussi être guéris par l'accouchement, qui, d'après Marcé (1), aurait quelquefois cette heureuse influence. Les psychoses de la grossesse montrent, dans la plupart des cas, leur dépendance des troubles de la nutrition qui leur donnent naissance puisqu'elles disparaissent avec ces derniers, et, à ce titre, elles peuvent être envisagées bien souvent comme symptomatiques. Enfin M. Joffroy (2) attirait dernièrement l'attention sur le rôle que pouvaient jouer les altérations du corps thyroïde, assez fréquentes au cours de la grossesse, dans la production des troubles mentaux.

Dans la période gravidique, on observe quelquefois aussi des délires liés à l'éclampsie et dont l'évolution est très courte. Mais on peut les ranger arbitrairement parmi les accidents mentaux de l'accouchement, car c'est lui qui exaspère l'éclampsie et donne le plus souvent lieu aux attaques convulsives. Ces délires sont diffus et hallucinatoires. La malade s'agite, parle, crie, voit tout autour d'elle des gens ou des bêtes imaginaires, a peur, se lamente, pleure, dit des paroles qui n'ont entre elles aucune cohésion. Ce délire rappelle beaucoup, comme on le voit, les délires toxiques ; d'ailleurs c'en est un. Les troubles intellectuels de l'accouchement, non liés à l'éclampsie, sont souvent provoqués par l'intensité des douleurs ou la longueur du travail. La femme, souvent, s'arrête de pousser, se met à chanter, à crier, à invectiver ceux qui l'entourent ; elle veut sauter hors du lit et se livre à des actes désordonnés. Tout cela dure peu et en quelques heures le calme revient d'ordinaire ; c'est proprement un accès de manie transitoire. Là encore les délires sont nettement symptomatiques de l'auto-intoxication ou d'un ébranlement nerveux interne.

Mais c'est après l'accouchement que les psychoses sont les plus fréquentes et les plus variées. D'après Esquirol, les deux tiers apparaîtraient dans les deux premières semaines ; Marcé (3) disait que la majorité survenait dans les dix premiers jours. Ces faits sont en faveur de l'hypothèse qui fait dépendre ces psychoses

(1) Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes*, 1858, 87.

(2) Joffroy. *Les psychoses puerpérales*, leçons faites à l'asile Ste-Anne, nov. 1894.

(3) Marcé. *Traité de la folie des femmes enceintes*, 192.

d'accidents infectieux. Les émotions jouent souvent un rôle provocateur dans l'apparition du délire. Les symptômes physiques sont généralement accusés, et l'on retrouve souvent au complet le tableau clinique que j'ai tracé plus haut. On s'est demandé si ces symptômes étaient la cause ou l'effet des psychoses. Étant donné qu'ils sont souvent liés à des lésions utérines, et qu'ils sont les premiers en date, ils doivent être considérés comme les antécédents du délire, qui peut cependant retentir secondairement, en les troublant, sur les fonctions organiques.

Les prodromes sont quelquefois constitués par une certaine instabilité du caractère de l'accouchée, ou par de la tristesse et du mutisme. Mais voilà qu'après des frissons la fièvre éclate ; l'abdomen est douloureux ; les lochies se suppriment ; la langue est blanche, l'appétit est nul ; il y a de la constipation. Le délire survient, ordinairement bruyant comme dans les fièvres graves. Les malades sont agitées, et on a de la peine à les maintenir au lit. Leurs discours incessants sont sans suite ; les hallucinations et les illusions de la vue et de l'ouïe sont communes. Parfois des symptômes typhiques, la carphologie, l'hyperthermie, précèdent une terminaison funeste. Mais ordinairement la guérison survient tout à coup après quelques heures ou quelques jours de maladie, soit progressivement après une phase plus ou moins longue de stupidité. Toutes les psychoses survenant après l'accouchement ne présentent pas ce tableau clinique ; mais la plupart évoluent ainsi. J'ai publié une observation (1) qui exprime bien ces formes psychopathiques spéciales, pour lesquelles j'ai proposé le nom de délires infectieux de la période post-puerpérale. M. Joffroy a montré dans un de ses cours une malade qui présentait la même symptomatologie et chez laquelle cependant l'infection, soupçonnée à la suite d'un état fébrile, ne fut pas décelée par l'examen local. Ces troubles psychiques sont en général curables dans la proportion de la moitié des cas (Esquirol et Marcé) des deux tiers (Clouston). La forme avec dépression a de la tendance à devenir chronique, comme cela s'observe après toutes les maladies infectieuses graves,

(1) Ed. Toulouse. Délire infectieux de la période post-puerpérale, *Tribune médicale*, 1893, 686.

notamment après la fièvre typhoïde, et elle présente l'aspect clinique de la confusion mentale.

C'est par leur ressemblance avec tous les délires liés aux maladies aiguës que le rapport étiologique des psychoses post-partum avec les infections puerpérales peut être établi. Car leur marche n'est pas subordonnée étroitement aux conditions somatiques qui paraissent les actionner, — les symptômes d'infection, la fièvre et les signes locaux pouvant disparaître et les troubles intellectuels se prolonger. C'est que la réaction des systèmes nerveux est particulière à chacun ; et l'on ne sait pas d'ailleurs ce qui reste de ces infections, lorsque leurs gros symptômes — les seuls que nous connaissons — ont disparu.

Enfin une dernière classe de psychoses puerpérales, se montrent au cours de la lactation. Certaines — les plus nombreuses — surviennent chez des nourrices débilitées par l'allaitement ; elles se rapprochent des délires d'épuisement, des délires asthéniques. D'autres éclatent quelque temps après l'accouchement et à l'occasion de la suppression du lait, qui peut déterminer des modifications nutritives et retentir sur les fonctions nerveuses d'une manière encore mystérieuse. Le sevrage est souvent aussi la cause apparente de troubles psychiques, qui pourraient être expliqués par une sorte d'auto-intoxication survenue par suite de la suppression de la fonction lactée. En résumé, deux grandes causes paraissent intervenir dans la genèse des délires de l'allaitement : l'épuisement et l'arrêt de la lactation. Deux formes cliniques y répondent : la confusion mentale à type asthénique aux premiers, et un délire aigu d'intoxication semblable à ceux de l'accouchement aux seconds.

On voit combien est complexe ce qu'on appelle la folie puerpérale, à combien de causes prochaines elle peut répondre et en combien d'aspects cliniques elle doit être résolue. La division en 4 périodes de la puerpéralité est artificielle. Certains accidents appartiennent à deux moments. Ainsi l'éclampsie survient dans la grossesse et durant l'accouchement ; les abcès du sein se montrent durant l'allaitement et aussi dans la période post-partum, arbitrairement limitée par le retour des couches, c'est-à-dire

aux six semaines qui suivent la parturition. D'un autre côté dans une de ces périodes on peut rencontrer l'action de plusieurs causes, par exemple, au cours de la lactation, l'épuisement, l'auto-intoxication (sevrage) l'infection (abcès).

Cependant, à chaque moment de la puerpéralité correspond un accident dominateur : à la grossesse l'auto-intoxication ; à l'accouchement la commotion nerveuse et l'éclampsie ; après la parturition, l'infection (1) ; durant l'allaitement, l'épuisement et l'auto-intoxication aiguë du sevrage. Et chacune de ces causes pathogéniques provoque des troubles psychopathiques plus ou moins spéciaux ; c'est ainsi que l'on observe la manie transitoire de l'accouchement, les délires diffus hallucinatoires de l'infection post-puerpérale et les délires asthéniques de la lactation. Mais ceux-là mêmes ne sont pas particuliers à la puerpéralité. Le délire post-éclamptique est un délire toxique, comme le *délirium tremens* ; les psychoses post-partum infectieuses sont en tout comparables à celles des maladies aiguës ; et les aliénations de l'allaitement ont le cacactère asthénique des délires qui surviennent dans les convalescences des maladies graves.

On comprend maintenant que la puerpéralité est une étiquette sans précision. Toutes sortes d'accidents peuvent survenir au cours de cette phase biologique de la femme, et tous sont capables de déterminer les psychoses qu'ils ont l'habitude de provoquer dans des conditions tout autres. C'est donc que chaque processus de la puerpéralité agit d'une façon un peu personnelle, et que la prédisposition est là soumise, comme toutes les autres forces biologiques, à telle ou telle direction, selon le facteur qui l'actionne. Ce n'est donc pas une occupation stérile que d'étudier de plus près les agents qui la provoquent, puisqu'ils imposent aux troubles mentaux qu'elle va susciter une empreinte que nous reconnaissons quelquefois.

(1) L'infection est là le fait tellement caractéristique que l'on devrait dans une description des causes de la folie classer les psychoses post-partum avec celles liées aux autres maladies infectieuses.

# CHAPITRE IV

## CAUSES MORALES

Tous les aliénistes ont fait jouer à ce genre de causes un très grand rôle dans la production de la folie. Elles sont beaucoup plus fréquentes que les causes physiques (1), et seraient même les principaux facteurs des vésanies (2), 66 fois pour 100 (3). Leur action s'exercerait plus chez les femmes que chez les hommes (4) ; et chacune aurait une prédilection pour un des deux sexes. Ainsi, d'après une statistique de Parchappe (5), les causes morales les plus fréquentes seraient, chez les hommes : les pertes d'argent, l'amour et la jalousie, la misère, l'orgueil, les émotions violentes, l'ambition déçue, la religion ; chez les femmes, ce serait d'abord l'amour, puis la religion, la misère et les pertes d'argent, les émotions, et enfin la mort d'une personne chère. Dans l'étiologie des suicides, les misères et les revers de fortune reviendraient plus souvent pour les hommes ; et les chagrins de famille, l'amour et la jalousie pour les femmes (Soquet).

Les causes dites morales agissent différemment suivant les âges (6). Absentes chez l'enfant, les passions se tournent, à la

(1) Esquirol. Ouv. cité, I, 62.

(2) Griesinger. Ouv. cité, 196.

(3) Guislain, Ouvr. cité, I, 399,

(4) Marcé. *Traité prat. des mal. ment.*, 1862, 120.

(5) Parchappe. Art. Aliénation, *Dict. encycl. des sci. méd.*, 1re série, III, 1865.

(6) Esquirol. Ouv. cité, I, 58.

puberté, surtout du côté de l'amour. Avec l'âge les passions factices deviennent de plus en plus fortes et ont pour objet l'intérêt personnel, l'ambition, l'amour des distinctions. Plus tard, dans la vieillesse, le sentiment de son impuissance rend l'homme plus calme ; il devient égoïste, s'isole et est rarement affecté par les causes morales. Si l'émotion est subordonnée à la représentation (1), il est naturel que dans la sénilité, les capacités d'émotions doivent diminuer. D'autre part l'émotivité morbide tient parfois à une sorte de monoïdéisme et suppose une certaine apathie aux représentations d'un autre ordre.

Toutes les causes qui peuvent débiliter l'individu, et notamment les maladies graves, le rendent plus sensible aux effets des émotions. Les gens riches le seraient plus que les pauvres (2). Le genre de vie n'est pas non plus indifférent ; une existence solitaire exagère les passions. Zimmermann (3) fait remarquer à ce propos l'intensité des rivalités et des haines dans les petites villes et, l'on peut ajouter, dans tous les milieux à horizon étroit.

La prédisposition peut être constatée dans la plupart des accidents nerveux dus aux émotions, dont les effets se portent toujours avec plus de force sur les organes faibles. Aussi ce sont les névropathes, les femmes, qui sont les plus sensibles à leurs actions. Charles-Quint, que l'on se représente comme un dégénéré, mourut de la frayeur que lui causa la cérémonie de ses funérailles, auxquelles il avait voulu assister.

Certaines émotions peuvent aussi créer, parfois par leur répétition, des états neurasthéniques qui eux, à leur tour, sont capables d'engendrer des psychoses.

Toutes les causes morales ne sont pas aussi puissantes les unes que les autres. A ce point de vue, Esquirol (4) classait les passions dans cet ordre : les chagrins domestiques, l'orgueil, la crainte, la frayeur et les revers de fortune qui sont de nature complexe.

(1) Féré. *La pathol. des émot.*, 1892, 492.

(2) Esquirol. Ouvr. cité, I, 63.

(3) Zimmermann. *De la solitude*, 1840, 161.

(4) Esquirol. Ouvr. cité, I, 58.

Guislain (1) plaçait aussi en tête des causes morales les chagrins qui peuvent provenir du fait de la brutalité du mari, des désordres de la femme, de la conduite d'un père, de soucis d'argent, de la mise à la retraite pour un fonctionnaire, du défaut d'avancement pour les employés, de la mort d'un mari.

Morel (2) cite aussi les remords. Une mère, raconte-t-il, devint mélancolique, parce que son inconduite avait causé la rupture du mariage de sa fille et son suicide. Le même auteur fait mention des accusations calomnieuses, 2 jeunes filles furent accusées, l'une de vol, l'autre d'infanticide. La seconde passe aux assises. Une expertise médico-légale prouve qu'elle était vierge. A la suite de ces émotions, les 2 filles tombèrent dans un état de stupeur. La perte de l'honneur peut avoir aussi de funestes conséquences sur certains cerveaux prédisposés. La stérilité du mari a encore été signalée (3).

La nostalgie (4) ou mal du pays peut aussi déprimer un individu. Cette maladie atteint de préférence les jeunes gens, car c'est de 15 à 30 ans que l'on quitte sa famille pour s'instruire, servir son pays ou se créer une position. L'enfant est oublieux et le vieillard se détache peu à peu de cet amour du sol natal. De même, la femme est de par ses conditions d'existence familiale, moins exposée que l'homme. Cependant la nostalgie n'est pas rare chez les jeunes domestiques, venues de la campagne dans la ville voisine, et chez les femmes qui suivent leurs maris dans des pays étrangers ou même dans des provinces françaises éloignées de celles où elles ont été élevées. Les paysans ou les personnes peu cultivées sont plus souvent nostalgiques que les citadins et les gens instruits. Cependant beaucoup de littérateurs, et dans l'histoire Ovide, Chateaubriand et bien d'autres, sont des exemples, qui prouvent que le mal du pays n'épargne pas les sujets cultivés. Toutefois cet état mélancolique atteint de préférence les sujets portés à la solitude, c'est-à-dire bien souvent des névropathes. Certaines professions offrent

(1) Guislain. Ouv. cité, I, 400.

(2) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 229 et 230.

(3) A. Voisin. *Ann. méd. psychol.*, 1893, XVII, 119.

(4) Benoist de la Grandière. *De la nostalgie ou mal du pays*, 1873

des conditions étiologiques particulières, par exemple celle de militaire. La nostalgie règne parfois épidémiquement dans les armées, surtout lorsque les défaites diminuent la résistance morale des hommes. Certaines races paraissent plus prédisposées. Les Bretons, les Vendéens et les Corses seraient plus vite atteints (1), et l'on sait d'autre part que le Français est, de tous les Européens, celui qui s'acclimate le plus difficilement en terre étrangère. La nostalgie cause ordinairement un état de dépression mélancolique, qui s'accompagne de troubles physiques plus ou moins graves. L'impulsion la plus dangereuse qui puisse prendre naissance dans ces conditions, c'est l'impulsion du suicide.

Les folies par amour tendraient à devenir plus rares dans ce siècle (2), à cause du relâchement des mœurs. Je ne sais si cette assertion de Morel, qui s'appuyait sur Esquirol, est vraie. Lui-même cite le cas d'une jeune fille, dont le père avait éloigné l'amoureux et qui tomba dans un état de stupeur avec sitiophobie. Cinq jours après, l'amant est rappelé, mais la jeune fille meurt le lendemain. Dans ce groupe de folies par amour, on fait souvent entrer des troubles mentaux qui ont des causes bien différentes. Ainsi parfois, une fille est trompée et abandonnée, ou encore elle s'est fait illusion sur les intentions d'un jeune homme, qui épouse une autre femme. Dans ces cas, c'est souvent le chagrin d'une position perdue, qui est l'émotion principale. De même des mariages disparates, l'union de jeunes filles avec des vieillards ou avec des êtres dépravés (3) peuvent avoir les mêmes fâcheuses conséquences.

Les impressions du jeune âge ont souvent un effet durable, chez certains sujets. On raconte que Linné prit au berceau le goût des plantes que lui apportait son père. De même Haydn faisait remonter ses premières dispositions musicales au temps où sa mère le berçait avec des chansons. Certaines idées délirantes viennent aussi des premiers âges. Esquirol (4) rapporte le cas d'une enfant de sept à huit ans, qui voulait tuer sa belle-mère. Les impulsions homi-

(1) Benoist de la Grandière. *De la nostalgie ou mal du pays*, 29.

(2) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1880, 218.

(3) Morel. *Traité des mal. ment.*, 220.

(4) Esquirol. Ouv. cité, II, 115 et suiv.

cides provenaient de menaces de mort, qu'elle avait entendu proférer par ses parents alors qu'elle avait 2 ans. Aussi les anciens recommandaient le plus grand respect des enfants et l'aréopage d'Athènes chassa de la République un enfant qui était cruel envers ses camarades, dans la crainte qu'il devînt plus tard un citoyen dangereux (1).

Il est remarquable que, comme l'avait observé Esquirol (2), les passions gaies, qui, ainsi que la joie, peuvent causer la mort, produisent exceptionnellement l'aliénation mentale. Ce même auteur disait aussi que parfois une émotion, qui paraît être déterminée par la joie, n'est en réalité qu'une émotion pénible. Ainsi un individu, auquel un ministre apprend sa nomination à une place importante, tombe dans un état lypémaniaque; or cet homme était devenu fou de la douleur de quitter une maîtresse aimée. Cependant, il est des cas authentiques où la joie semble avoir déterminé l'aliénation mentale. Ainsi Pinel (3) raconte le fait d'un artilleur qui, en l'an II, proposa au Comité de Salut Public, le projet d'un nouveau canon; après un essai favorable, Robespierre écrit à l'inventeur une lettre si encourageante que celui-ci reste frappé de stupeur à la lecture de la missive et est envoyé à Bicêtre.

Ce sont les émotions tristes, et surtout celles qui agissent d'une manière lente et continue, qui montrent le plus de puissance dans la production des psychoses. Féré (4) cite, à l'appui de cette proposition, le cas de deux gardiens de phare, qui, au cours de leur existence monotone, auraient été atteints l'un et l'autre d'idées de persécution.

Les émotions violentes causent souvent aussi des psychoses qui sont ordinairement caractérisées par de la stupeur. Morel (5) rapporte le cas de deux frères devenus aliénés, l'un après l'incendie de sa fabrique et l'autre par la frayeur que lui causa l'envahissement d'une salle du tribunal, où il siégeait comme juré. Les incendies

(1) Morel. *Traité des mal. ment.*, 1860, p. 239.

(2) Esquirol. Ouv. cité. I, 39.

(3) Pinel. Ouvr. cité, 184.

(4) Féré. *La pathol. des émotions*, 1892, p. 294.

(5) Morel. *Ét. clin.*, I, 295

sont d'ailleurs fréquemment notés comme cause de maladies mentales. J'ai rapporté (1) récemment l'histoire d'une femme qui fut atteinte d'une amnésie rétro-antérograde progressive à la suite de la destruction par le feu de la maison qu'elle habitait ; cette malade ressemblait à une mélancolique et fut internée.

La mort subite d'un parent aimé ou sa maladie ont souvent des effets analogues. Sous la Révolution, deux jeunes gens partirent pour l'armée : l'un fut tué près de son frère, qui fut frappé de stupeur et ramené chez lui. Là, un troisième frère, bouleversé par ces deux évènements, devint stupide (2) à son tour.

Dans les batailles, le même accident psychopathique frappe parfois les soldats au milieu de l'action. Tel cet artilleur, observé par Morel (3), qui, « exposé, pendant les journées de juin, au feu le plus terrible, resté seul de tous ses camarades sur la pièce qu'il servait, tomba immédiatement dans une profonde stupeur ».

Toutes les émotions ont été citées comme causes de maladies mentales ; l'attentat à la pudeur, le viol (4), les premiers rapports conjugaux (5). Il n'en est pas qui ne puissent être l'occasion d'un accès de folie chez certains prédisposés. Ainsi, un chasseur qui se croyait en sûreté, voit tout à coup venir un cerf sur lui. Il ne reçoit aucune blessure et cependant reste quinze jours dans un état de manie aiguë (6).

Il ne paraît pas y avoir de rapport constant entre l'espèce d'émotion et la maladie mentale produite. Lunier (7) avait remarqué que la majorité des psychoses provoquées par les événements de 1870-71, étaient exubérantes, bien que les causes étaient toutes dépressives et débilitantes. D'ailleurs, on sait que presque toutes les émotions qui produisent des troubles mentaux sont de nature

(1) Ed. Toulouse. Amnésie rétro-antérograde à marche progressive, par choc moral, *Arch. de Neurol.*, 1894, XXVIII, 167.

(2) Pinel. Ouvr. cité, 185.

(3) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 233.

(4) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 234.

(5) Esquirol. Ouvr. cité, I, 69.

(6) Ball. *Leçons or.*, ouvr. cité, 401.

(7) Lunier. *De l'infl. des grandes commotions polit. et soc.*, ouvr. cité, 388

triste. Leurs effets devraient donc tous être semblables. Or il n'en est pas ainsi. Et il est probable que la manière brusque ou lente dont l'émotion agit et aussi l'état du sujet qui le ressent doivent déterminer la forme vésanique.

Cependant les émotions vives et brusques produisent ordinairement de la stupeur, ou parfois de la confusion mentale qu'on a souvent confondue avec la démence. Quelquefois encore, elles provoquent une sorte d'ivresse dite émotionnelle (1), véritable folie transitoire (2), qui se termine quelquefois par des accès de sommeil, ainsi que dans l'intoxication alcoolique aiguë, — cela surtout chez les enfants.

Les émotions peuvent aussi ne pas agir tout de suite, et ne produire des désordres mentaux que lorsque les conséquences du choc ont atteint toute leur intensité (Féré). Mais souvent, à la manière d'un traumatisme physique, elles éveillent des tendances vésaniques latentes. Ainsi Morel (3) rapporte une observation de *delirium tremens*, qui avait été occasionné par une querelle de ménage. Ces délires alcooliques, apparaissant sous l'influence d'un choc moral, ont été quelquefois observés. MM. Ball et Chambard (4), M. Féré (5), en rapportent d'autres exemples. Les premières attaques d'épilepsie et d'hystérie, ainsi que les accès consécutifs à ces crises convulsives, sont souvent provoqués par des émotions, et notamment par des frayeurs.

Le sujet de l'émotion peut aussi devenir la matière principale du délire ou fournir le thème des hallucinations (6). De même les émotions reviennent quelquefois dans les cauchemars. On a vu, d'autre part, que celles qui ont été ressenties dans un rêve peuvent produire des troubles mentaux, car elles s'accompagnent des mêmes

(1) Féré. L'ivresse émotionnelle, *Revue de médecine*, 1888, 937.

(2) Ritti. Folie transitoire à la suite d'une violente émotion morale, *Ann. méd. psych.*, 1860, III, 234.

(3) Morel. *Ét. cliniq.*, I, 147.

(4) Ball et Chambard. Delirium tremens. *Dictionn. encycl. des scienc. méd.*, XXVI, 442.

(5) Fére. *La Pathol. des Émotions*, 1892, 289.

(6) Baillarger. *Recherches, etc.*, ouvr. cité, I, 576.

phénomènes physiques que durant la veille. C'est ainsi qu'on a voulu expliquer l'attaque convulsive de l'hystérie, comme la reproduction d'une émotion antérieure (1). De même, dans les cas d'écholalie, la peur détermine la forme du phénomène (2); ainsi la terreur causée par un chien suscite des aboiements. Quelquefois l'émotion devient obsédante. Tel ce malade, présenté par M. Joffroy (3), qui avait été mêlé, comme shériffir landais, à des troubles publics; il ne pouvait se débarrasser du souvenir de ces scènes dramatiques qui étaient toujours présentes à son esprit.

Parmi les effets des émotions, on peut encore citer la transformation portant sur le caractère des idées du sujet. Un débauché espagnol entre par distraction dans une église, en se rendant à une orgie. Le chant d'une jeune religieuse suffit pour le convertir. Il sort pour vendre tous ses biens et se consacrer uniquement à Dieu (4). On peut rappeler à ce propos les effets de l'effroi que produisit sur Pascal l'accident du pont de Neuilly (5).

Enfin les émotions peuvent guérir des psychoses. Esquirol (6) l'avait observé. Leuret (7) a fait quelquefois cesser des troubles mentaux peu profonds par le moyen de la douche qui impressionnait les malades. Les pélerinages, les pratiques religieuses n'agissent pas autrement. M. Féré (8) explique ce fait en comparant l'action des émotions à celle d'une excitation d'un nerf, qui le met dans un état inverse à celui où il se trouvait auparavant : si donc les conditions physiques d'une émotion sont incompatibles avec les conditions d'un état morbide, celui-ci peut se trouver modifié. On sait enfin que les émotions ont parfois aussi pour effet de raviver la mémoire, comme chez les gens en danger de mort

(1) Janet. *L'état mental des hystériques*, ouvr. cité.

(2) Sigaud. *De l'Échomatisme*, Th. Lyon, 1889, 75 et 79.

(3) Joffroy. *Obsessions à caractère mélancolique chez un héréditaire*. Leçon faite à Sainte-Anne le 30 janvier 1895.

(4) Morel. *Ét. clin.*, II, 151.

(5) Lelut. *L'Amulette de Pascal*, 1846.

(6) Esquirol. Ouvr. cité. I, 57.

(7) Leuret. *Du traitement moral de la folie*, 1840.

(8) Féré. *La Pathol. des Émotions*, 1892, 299.

(noyés), tout comme elles peuvent déterminer des amnésies(1), surtout chez des hystériques (2). Leurs effets sont donc des plus variables.

M. Féré (3) a essayé une classification des émotions, et aussi une systématisation de leurs effets. Il fait d'abord remarquer que les états émotifs, qui sont des reproductions de sensations, s'accompagnent de phénomènes physiques analogues à ceux qui sont associés à ces sensations elles-mêmes. Dans la mort par attente de la saignée à blanc, elle n'arrive pas par l'imagination des effets de la saignée, mais par l'émotion de la peur.

Les émotions sont sthéniques, comme l'amour, la joie, et alors elles augmentent l'énergie et la fréquence des mouvements du cœur, le volume des membres, la tension des muscles, amplifient la respiration, élèvent la température, etc.

Les émotions asthéniques produisent des effets opposés. Mais, les unes et les autres déterminent des phénomènes de réactions; par exemple une émotion sthénique, une joie, entraîne une période de dépression, d'autant plus prononcée que le sujet est un névropathe, et une émotion asthénique, comme la colère peut provoquer une réaction sthénique secondaire qui se traduit par une vive excitation. En outre, une passion agréable, comme l'amour, a quelquefois pour résultat de déprimer l'individu par les chagrins et les fatigues qu'il cause. Les effets des émotions sont donc complexes.

Mais les émotions sthéniques primitives (agréables), n'ont pas de conséquences fâcheuses, à moins d'une syncope ou de certaines dispositions organiques qui peuvent faciliter un accident mortel, sans relation étroite avec l'état émotionnel. Ce sont les asthéniques que l'on retrouve dans l'étiologie de la plupart des maladies nerveuses et mentales. Ceci s'appuie sur l'autorité de la plupart des aliénistes et notamment de Guislain, qui disait qu'à la base de toutes les aliénations mentales, il existe une douleur morale. Cette dernière affirmation est certainement en rapport avec la majo-

(1) Rouillard. *Essai sur les amnésies*. Th. Paris, 1885, 88.

(2) Charcot. Sur un cas d'amnésie rétro-antérograde probablement d'origine hystérique. *Revue de méd.*, février 1892.

(3) Féré. *La Pathol. des Émotions*, 1892.

rité des faits cliniques; mais elle paraît quelque peu absolue. M. Féré (1) lui-même n'a-t-il pas donné la relation d'une observation d'ivresse émotionnelle, où l'excitation anormale était produite sans aucun intermédiaire dépressif, par une joie.

Pour comprendre les effets des émotions, on doit, avec M. Féré, les comparer aux effets des excitations physiques. On sait que la douleur morale et la douleur physique ont la même expression somatique, il en est de même de la fatigue. Il faut partir de ce principe que les émotions sont des phénomènes dont les conséquences sont purement physiques; certaines agissent comme des traumatismes et peuvent même tuer. Les chocs moraux ont des effets analogues. Ils ont pour effet de produire une sorte d'épuisement, qui peut aller jusqu'au coma. M. Féré compare les excitations excessives des émotions à la galvanisation du sympathique, et les excitations modérées à sa section.

Les émotions sont donc des commotions nerveuses, dont les effets peuvent aller de la simple excitation, que l'on remarque dans l'ivresse émotionnelle, jusqu'à la dépression qni se traduit par de la stupeur. Ce qu'on appelle les causes morales sont au plus haut point physiques; les états organiques qu'elles développent peuvent engendrer les troubles nerveux les plus variés, plus ou moins durables et intenses selon la réaction du sujet. Il ne faut pas oublier que lorsque les émotions se répètent, elles engendrent des troubles de la nutrition qui ont aussi leur retentissement cérébral (2).

Contagion mentale. — Il est naturel de ranger parmi les causes morales la contagion mentale, qui forme un chapitre spécial que l'on peut diviser en deux parties : les folies collectives épidémi-

(1) Féré. *La Pathol. des Émotions*, 1892, 226.

(2) Des travaux récents (Lange, *Les Émotions*, trad. Dumas, 1895. — Dumas, Les États intellectuels dans la mélancolie, 1894) ont montré que l'émotion fait de conscience était la résultante de modifications organiques primordiales. Dans ces dernières années, on admettait en France que les troubles physiques étaient les conditions des émotions mentales. Considérés comme contemporains ou comme antérieurs à celles-là, les désordres somatiques ont donc toujours été étudiés ; et si le problème aujourd'hui est peut-être mieux posé, il n'est pas pour cela plus facile à résoudre.

ques, et les folies transmises d'une personne à une ou quelques autres.

Dans les causes sociales, il a été dit un mot des premières. Les crimes sont très contagieux (1). Le meurtre d'un enfant par la fille Cornier, en 1825, inspira des actes analogues et plusieurs femmes entrèrent à cette époque dans les asiles avec des impulsions au meurtre (2). Marc raconte qu'une jeune fille voit à Dresde un criminel mourir avec une grande piété ; elle est prise du violent désir de mériter une si belle mort et elle tue une de ses amies qu'elle avait attirée dans ce but.

La guillotine exerce sur certains esprits une attraction puissante. Et c'est avec raison qu'on a fait dernièrement une campagne contre la publicité des exécutions capitales ; les journalistes suisses se sont entendus pour ne donner que résumés les sommaires des affaires criminelles (3).

Le procédé du crime est souvent imité par les délinquants. Proal (4) raconte que ce fut à Saint-Remy, en Provence, en 1879, que pour la première fois, une femme vitriolisa son amant ; peu après, cet acte fut imité dans toute la France. Les explosions à la dynamite ont, dans ces derniers temps, eu lieu aussi par séries.

Les suicides sont de même très contagieux et se sont parfois présentés sous forme épidémique (5). On a souvent dit, avec raison, que Werther et Chatterton avaient, dans la période romantique, poussé beaucoup de jeunes gens à se donner la mort. On se rappelle qu'il y a quelques années, il régna une véritable épidémie de suicides à deux.

Les idées politiques sont très communicatives aussi. Il semblerait même que la contagion de l'émotivité morbide, de l'agoraphobie par exemple, puisse s'exercer de l'homme sur les animaux

(1) Aubry. *La contagion du meurtre*, Th. Paris, 1888.

(2) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 241.

(3) Aubry. De l'influence contagieuse de la publicité des faits criminels, *Ann. d'Anthrop. criminelle*, 1893, 565.

(4) Proal. *Le crime et la peine*, 1892, 214.

(5) Paul Moreau (de Tours). *De la contagion du suicide à propos de l'épidémie actuelle*, Th. Paris, 1875.

qui vivent intimement avec lui, les chiens notamment (1).

La contagion mentale a depuis longtemps été remarquée. Les disciples de Platon portaient les épaules hautes, ceux d'Aristote bégayaient, les courtisans d'Alexandre tenaient la tête penchée et grossissaient leurs voix. M. Féré rapporte que Confucius pensait que l'habitude de gestes nobles déterminait des sentiments honnêtes.

La contagion des idées délirantes qui s'exerce sur un petit nombre de personnes, dans une famille par exemple, intéresse davantage les aliénistes. Ce n'est guère que depuis le mémoire classique de Lasègue et J. Falret (2), publié en 1877, que cette question, qui avait cependant été entrevue par Baillarger (3), a occupé les médecins. D'après Lasègue et Falret, les idées délirantes, transmises d'un sujet à l'autre, sont presque toujours des idées de persécution. Cette transmission ne peut se faire que dans certaines conditions : il faut notamment que l'un des deux individus crée le délire et l'impose à un autre plus faible, que tous les deux vivent d'une même vie, et enfin que leurs fausses conceptions roulent sur des espérances ou des désirs communs.

M. Baillarger (4) fit remarquer à ce propos, que parfois certains aliénés faisaient accepter leurs hallucinations et leurs idées délirantes par des parents, sans que ces derniers deviennent fous. M. Régis (5) développa cette idée dans sa thèse et arriva aux conclusions suivantes. Un aliéné peut *communiquer* une partie de son délire à un autre individu crédule, sur lequel il a une grande autorité psychique, et sans que cet autre devienne aliéné au sens étroit du mot. Il peut encore arriver que deux individus, également prédisposés et vivant ensemble, soient atteints, par suite de mêmes causes occasionnelles, des mêmes troubles psychopathiques, qui

(1) Féré. *Soc. de biolog.*, 1893.

(2) Lasègue et Falret. La folie à deux ou folie communiquée. *Ann. méd. psych.*, 1877, XVIII, 321.

(3) Baillarger. Quelques exemples de folie communiquée. *Gaz. des Hôp.*, 1860 149.

(4) Baillarger. *Ann. méd. psych.*, 1873, 484.

(5) Régis. *La Folie à deux*, Th. Paris, 1880.

constituent le véritable délire à deux, où la contagion morbide ne joue pour ainsi dire aucun rôle.

L'année d'après, M. Marandon de Montyel (1) établissait une nouvelle division des cas qu'il groupait ainsi sous trois chefs : la *folie imposée*, dans laquelle un aliéné fait accepter par un autre, comme vraies, ses idées fausses ; la *folie simultanée*, telle que l'avait conçue M. Régis, et la *folie communiquée*, où un sujet rend siennes les conceptions délirantes d'un autre et divague ensuite à sa manière.

Plus tard, M. Marandon publia plusieurs autres mémoires, où il étudia avec beaucoup de soin les conditions de la contagion mentale et mit particulièrement en relief l'influence des facteurs prédisposants, tels que les causes débilitantes, les chocs moraux, certains états physiologiques (menstruation), qui favoriseraient plutôt la transmission des délires généraux ; tandis que les psychoses systématisées trouveraient dans la misère un moyen précieux de propagation. Toutes ces causes agissent davantage pour les folies simultanées et moins pour les folies imposées. Le même auteur croit à la nécessité d'une prédisposition psychopathique, mais non fatalement héréditaire. Enfin M. Marandon (2) est récemment revenu sur cette question pour faire admettre l'existence d'un type spécial de folie imposée, qui consiste dans le fait de personnes crédules qui, sans devenir jamais aliénées, sont induites en erreur par un fou et trouvent vraisemblables ses conceptions délirantes. Les publications sur ce sujet se sont multipliées (3) dans ces dernières années,

On a publié des cas de folie à deux, à trois (Pagès), à quatre (Martinencq), à cinq (Taguet), à toute une famille (Colin) (4).

M. Pronier (5) a étudié à nouveau cette question dans sa thèse

(1) Marandon de Montyel. Contribut. à l'étude de la folie à deux. *Ann. méd. psych.*, 1881, 28.

(2) Marandon de Montyel. De la folie à deux, *Gaz. des Hôp.*, 1894.

(3) Ball. *La Folie à deux*, *l'Encéphale*, 1886, 152. — Legrain. Contrib. à l'étude de la folie communiquée. *Arch. de Neur.*, 1888, XVI, 321. — Arnaud. La folie à deux, *Ann. méd. psych.*, 1893, XVII, 337.

(4) Colin. *Ann. méd. psych.*, 1890, XII, 135.

(5) Pronier. *Ét. sur la contagion de la folie*, Genève, 1892.

inaugurale et est arrivé aux conclusions suivantes. Il établit la division en maladies impressionnantes (manie, hystérie, mélancolie aiguë), et les maladies non impressionnantes (délires systématisés). Les premières se transmettraient par un procédé psychique qui est en dernière analyse l'imitation. Une personne assistant à un accès d'excitation maniaque, est violemment émue; et c'est l'occasion, pour elle, d'une crise de manie reproduisant plus ou moins le tableau de l'état morbide observé. Dans les cas de ce genre, les maladies sont d'autant plus contagieuses qu'elles frappent davantage l'esprit des spectateurs; en outre la transmission en est rapide. Les autres maladies mentales transmissibles, composant le deuxième groupe, comprendraient les délires systématisés, et principalement les délires de persécution. Il ne s'agit pas là d'imitation automatique, mais de suggestion lente pénétrant peu à peu le sujet passif, qui est d'ordinaire plus débile que le sujet actif qui lui fait partager ses idées délirantes. Ce qui dominerait la transmission de la folie serait, d'après M. Pronier, la prédisposition vésanique du malade. Dans 104 cas recueillis de folie à deux ou à plusieurs personnages, comprenant 117 délirants passifs, il s'agirait dans 92 fois, de sujets contagionnés par leurs frères, sœurs, parents, enfants ou collatéraux. On avait affaire, pour les autres cas, à des personnes vivant d'une façon intime (époux, amants, amis, maître et savants, malade et son gardien). Dans les 92 faits où la maladie a atteint successivement deux proches parents, on conçoit que c'est la tare névropathique héréditaire qui est la vraie cause de l'état vésanique des sujets. La vie en commun, l'échange continuel des mêmes idées, la répétition des mêmes actes finissent par donner aux manifestations de cet état vésanique la même forme d'aliénation. Cependant il y a un des deux sujets qui est le premier atteint et qui est réellement actif. L'autre n'est que le comparse, qui souvent guérit dès qu'il a été arraché à l'influence de son compagnon héréditaire, mais qui continue parfois aussi à délirer pour son propre compte et même alors d'une façon différente.

En résumé, au point de vue pathogénique, la contagion mentale ne peut s'exercer que de deux manières, comme le disait M. Pronier: tantôt par l'émotion que ressent un individu témoin d'un accès d'aliénation mentale, — et on a vu plus haut que souvent

la scène émotionnante pouvait servir de matière à la folie, ce qui explique comment les mêmes formes vésaniques sont parfois reproduites ; et tantôt encore par l'influence qu'exercent certains esprits plus intelligents ou plus tenaces sur d'autres. Il s'agit en somme de suggestion ; et en dernière analyse le mécanisme physiologique est la tendance à l'imitation. L'idée d'un mouvement ou d'une sensation, c'est le mouvement commençant ou la sensation à un faible degré. Beaucoup de personnes boitent en marchant avec des boiteux. Comme le rappelait à ce sujet M. Féré, on observe, même chez les corps inorganiques, des phénomènes comparables à l'imitation. Ils peuvent cristalliser sous des formes différentes, selon qu'on les met en contact avec telle ou telle parcelle d'une substance présentant une cristallisation déterminée.

# CHAPITRE V

## CAUSES PHYSIQUES

1. — Les PAYS ont été étudiés au point de vue social. Il resterait à les envisager sous le rapport de leurs conditions physiques. On a peu de renseignements sur cette question, qui ne pourrait être éclairée que par des statistiques étendues et minutieuses.

D'ailleurs, les conditions d'un pays comprennent beaucoup d'éléments: la constitution géologique du sol, le climat, la nature de l'alimentation et des eaux potables, et surtout les institutions sociales dont les effets si puissants rendent le plus souvent presque impossible l'analyse des conditions propres au sol lui-même.

On sait que dans certains pays de montagne il y a plus d'idiots qu'ailleurs, à cause du goître, dont les conditions étiologiques sont là réunies. On a dit (1) que dans les pays marécageux, la démence et l'imbécillité étaient plus fréquentes; peut-être à cause de l'impaludisme, qui est un élément dégénératif de la race. On sait, d'autre part, que la nostalgie est plus commune chez les montagnards et que la dégénérescence physique et intellectuelle atteint davantage les populations isolées au milieu d'une province, comme en Bretagne.

Lombroso (2) affirme que dans les plaines, les génies sont rares, et Renan avait remarqué que l'Egypte en était très pauvre. D'après l'anthropologiste italien, les montagnards seraient plus géniaux, mais plus exposés à la folie.

2. Le CLIMAT est un des éléments du pays. Il semblerait (3) que

(1) ESQUIROL. Ouvr. cité, I, 25.

(2) LOMBROSO. *L'homme de génie.*

(3) ESQUIROL. Ouvr. cité, I, 24.

les climats chauds produisent moins de fous que les climats tempérés, sujets à de grandes variations atmosphériques, et qu'il y avait moins d'aliénés en Grèce, en Turquie, dans les Indes, que dans le nord de l'Europe. Mais c'est aussi dans ces régions que sont situés les pays les plus civilisés, et c'est d'autre part dans les pays chauds que l'assistance est le moins développée.

On attribue souvent les suicides fréquents en Angleterre au climat brumeux. Il est bon aussi de remarquer (1) que le suicide est très commun en Hollande, où le climat est celui des Iles Britanniques. On croit que les aliénés sont plus bruyants dans la Midi et plus tranquilles dans le Nord.

3. Influences météorologiques. — Esquirol (2) disait que, au moment des équinoxes, les aliénés étaient plus bruyants. Dubuisson, son contemporain, avait observé un dément qui, pendant seize ans, était plus agité à ces périodes de l'année. Tout récemment M. Gouzer (3) a appelé l'attention sur l'effet psychique des marées électriques, qui seraient plus intenses au moment des équinoxes.

Morel (4) pensait que certains vents chauds pouvaient pousser au suicide.

Selon Guislain (5), il y aurait certains rapports difficiles à préciser entre, d'une part, l'exacerbation et la rémission de la folie, et, d'autre part, les temps très humides, les vents, les orages et l'électricité atmosphérique.

M. Binet (6) a fait de curieuses recherches sur l'influence des conditions météorologiques sur les aliénés. Auparavant, Lombroso (7)

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 377.

(2) Esquirol. Ouvr. cité, I, 26.

(3) Gouzer. Action des courants telluriques, du magnétisme terrestre sur l'activité cérébrale, *Arch. d'anthrop. criminelle,* 1891, 361.

(4) Morel. *Traité des malad. ment.*, 1860, 94.

(5) Guislain. *Leçons orales*, ouvr. cité, I, 451.

(6) Binet. *Recherches au sujet de l'influence des conditions météorologiques sur les aliénés*, Th. Paris, 1873, 92 et 93.

(7) Lombroso. De l'influence des phénomènes atmosphériques et de la lune sur les aliénés, *Ann. méd. psychol.*, 1867, X, 503 et suiv. — Id. *Ibid.* 1868, XII, 152.

avait remarqué que, deux ou trois jours avant les grandes variations atmosphériques, certains aliénés, les stupides, les idiots, les déments et surtout les épileptiques, semblables en cela à beaucoup d'animaux, sont très agités. Une pression faible aurait une influence favorable sur la guérison des accès. Girard de Cailleux disait que c'était dans les jours de la plus grande élévation barométrique qu'il y avait le plus d'admissions. La diminution de la pesanteur atmosphérique produirait la congestion cérébrale (1).

Le tonnerre aurait été cité quelquefois comme pouvant provoquer des troubles mentaux. Esquirol (2) rapporte un exemple de ce fait.

M. Féré (3) a remarqué que, pendant et après les orages, les sujets nerveux éprouvent des phénomènes d'excitation et de dépression ; il compare ces phénomènes au rétablissement de la sensibilité et à l'augmentation de la force musculaire qui surviennent chez les hystériques sous l'influence de l'augmentation de la tension électrique. Le même auteur (4) a montré par une observation que le coup de soleil électrique pouvait provoquer l'explosion de phénomènes nerveux, de l'hystérie.

Le degré hygrométrique de l'air, le spectacle des nuages et bien d'autres conditions météorologiques ont une influence mal déterminée encore sur l'état d'excitation et le délire des aliénés.

4. La Lune et d'autres astres ont longtemps été accusés d'exercer une action heureuse ou néfaste sur la vie des gens. L'expression de lunatiques, employée par les anciens et maintenant encore en Angleterre, pour désigner les fous, manifeste ces croyances populaires (5). Galien croyait que la lune influait sur les retours périodiques des attaques d'épilepsie, et qu'elle pouvait agir sur les aliénés. « Si, dans ce siècle, comme l'ont prétendu, disait Chomel,

(1) Grisolle. *Traité de patholog. interne*, 1865, I, 200.

(2) Esquirol. Ouv. cité, I, 61.

(3) Féré. *La pathol. des émot.*, 1892. 16,

(4) Féré. *La pathol. des émot.*, 88 et suiv.

(5) In Esquirol. Ouv. cité, I, 28.

quelques physiciens, les tempêtes, la direction des vents étaient soumis aux phases lunaires, il serait possible que cet astre eût une influence directe sur l'économie; il serait démontré qu'il pourrait agir directement sur elle (1) ».

Mais ces influences sont difficiles à débrouiller, si tant est qu'elles ne sont pas chimériques. Esquirol (2) explique l'agitation des aliénés à la pleine lune par la lumière qui, pénétrant la nuit dans les dortoirs, excite les malades. Leuret et Métivier (3) se sont livrés à des recherches personnelles pour établir que la lune ne modifiait pas le pouls des aliénés. D'autre part, le célèbre Guislain (4) dit avoir observé un aliéné qui avait ses accès de manie tous les 28 jours, à chaque révolution lunaire, et aussi une maniaque dont les troubles mentaux revenaient à chaque pleine lune. Enfin Lombroso (5) a constaté une coïncidence habituelle entre la nouvelle lune et les exacerbations des maladies mentales, surtout des crises épileptiques. De son côté, Koster (6) aurait observé que c'est à l'apogée ou au périgée que commencent ou finissent les accès de la folie circulaire.

5. Saisons. — On a souvent cherché à établir un rapport entre les saisons et la production des cas de folie. La plupart des anciens auteurs faisaient naître la mélancolie en automne et la démence en hiver. Esquirol (7) a dressé une table statistique portant sur 1,557 cas, répartis en huit années, et a trouvé que les admissions sont plus nombreuses dans le mois de juillet et dans le trimestre d'été; qu'elles sont moins considérables pendant le mois de septembre et durant le trimestre d'hiver; enfin qu'elles suivent une marche progressive et régressive dans l'ordre des saisons du calendrier, augmentant au printemps et en été pour dimi-

(1) Chomel. *Pathol. générale*, 2me édition, 1841, 51.

(2) Esquirol. Ouv. cité, I, 28.

(3) Leuret et Métivier. *De la fréquence du pouls chez les aliénés*, 1834.

(4) Guislain. *Leç. orales*, ouv. cité, 452.

(5) Lombroso. *De l'influence des phén. atmosph.*, ouvr. cité, 505.

(6) Koster. *Ann. méd. psychol.*, 1861, VII, 618.

(7) Esquirol. Ouvr. cité, II, 671.

nuer en automne et en hiver. D'autre part Guislain (1) avait observé que les admissions les plus nombreuses avaient lieu au printemps et à l'entrée de l'été. De son côté, M. Planès (2), opérant sur des chiffres plus élevés, trouvait, pour une période de 14 ans (1872-1885), que le deuxième trimestre de l'année était le plus chargé et le premier le moins.

M. Garnier (3), qui a repris cette question, a établi le graphique des admissions durant la période 1872-1888; on y voit que la ligne s'abaisse de janvier à février; puis monte jusqu'en juin pour redescendre, assez brusquement d'abord, jusqu'en hiver. Ce n'est donc point les fortes chaleurs qui font monter cette ligne dès le mois de mars et la font s'abaisser en juillet et en août, c'est-à-dire dans les deux mois caniculaires.

Il est intéressant de faire remarquer que ces statistiques concordent assez avec d'autres relatives au suicide et aux attentats contre les personnes. On voit, en effet au printemps, la recrudescence annuelle des délits coïncider avec celle de la folie. C'est aussi en décembre qu'il y a le moins de suicides, et en juillet le plus; après ce mois il y a, pour les hommes tout au moins, une diminution brusque des cas, qui ne s'arrête qu'en novembre. La moyenne est dépassée de mars à août (Socquet).

M. Garnier (4) a aussi montré que c'est au printemps qu'il y a le plus d'admissions dues à la folie alcoolique et à la paralysie générale. Le printemps agirait donc par un trouble général de l'organisme, lequel rendrait les sujets prédisposés plus aptes à délirer à l'occasion d'autres causes qui, comme l'intoxication alcoolique, donneraient comme un coup de fouet aux lésions jusqu'alors latentes de la paralysie générale.

6. Température. — La chaleur prolongée excite les aliénés. On sait que lorsqu'ils traversent les tropiques, les marins sont sujets à de curieux accidents nerveux, qu'on appelle la *calenture*, et qui se

(1) Guislain. Ouv. cité, II, 110.

(2) Planès. *Quelques consid. sur la folie à Paris*, Th. Paris, 1886.

(3) Garnier. *La folie à Paris*. 1890, 18 et suiv.

(4) Garnier. *La folie à Paris*, 35 et 45.

manifestent par l'impulsion à se jeter à l'eau. J.-P. Falret (1) disait que cette impulsion n'est pas l'expression d'un penchant au suicide mais est déterminée par des hallucinations de la vue, qui font voir à ces malheureux, accablés par une chaleur exagérée, des plaines vertes et humides ou des bocages ombrageux.

Quelques professions, celles des cuisiniers, des chauffeurs, etc., sont mauvaises pour certains cerveaux, qui se congestionnent facilement sous des températures élevées.

L'*insolation* cause quelquefois l'aliénation mentale. On a attribué à cet accident la folie de Charles VI ; on rapporte aussi que les habitants d'Abdère furent frappés d'aliénation mentale pour être restés très longtemps au soleil en assistant à la représentation de l'*Andromède* d'Euripide. M. Dony (2), qui a fait sa thèse sur cette question, distingue avec d'autres auteurs, parmi lesquels M. Lacassagne, le *coup de chaleur*, dont l'action se porte sur tout l'organisme et détermine une hyperthermie parfois considérable, de l'*insolation* dont les effets sont limités au point du corps exposé, au crâne par exemple, et qui ne s'accompagne ordinairement pas d'élévation de la température.

En lisant les observations publiées, on voit que souvent les phénomènes morbides consistent en un délire aigu, au milieu duquel apparaissent parfois des impulsions au suicide ; la mort peut survenir. Mais les cas les plus intéressants sont ceux où, après les premiers accidents, les malades deviennent aliénés. Or ce qui est curieux, c'est que fréquemment ces troubles cérébraux consistent en de l'affaiblissement intellectuel, de l'embarras de la parole, de l'incoordination musculaire, c'est-à-dire tous les symptômes de la paralysie générale, ainsi que l'avait déjà constaté Esquirol (3). Skae (4), qui s'est occupé aussi des psychoses par insolation, les rapproche avec raison de celles où la cause est un trau-

(1) J.-P. Falret. *Du délire*, 1839, 31.

(2) Dony. *De la folie consécutive à l'insolation*, Th. Paris, 1884.

(3) Esquirol. Ouv. cité, II, 188 et suiv.

(4) Francis Skae. Folie traumatique, *Ann. méd. psychol.*, 1867, X, 368 et suiv.

matisme physique. Le mode d'action serait dans les deux cas analogue.

Il est probable que l'insolation, qui ne peut agir que par une congestion passagère du cerveau, stimule alors énergiquement la lésion encéphalique, qui n'attendait qu'une occasion pour se révéler par un accès maniaque ou des convulsions épileptiformes. Il ne semble pas que cet accident soit capable d'une autre action pathogénique. Il est à remarquer, avec Hyslop (1), que souvent les psychoses les plus graves se manifestent, comme après les traumatismes, plusieurs mois et même plusieurs années après la secousse physique.

Le froid est tout aussi dangereux, et peut-être même davantage. Il excite, comme la chaleur, les aliénés dans les asiles, probablement parcequ'il les force à se tenir renfermés dans les salles. Durant la campagne de Russie, plusieurs soldats et officiers furent atteints de manie (2) ; sur le nombre, beaucoup passèrent dans un état chronique. Calmeil (3) rapporte que 3 filles, voyageant en voiture par un grand froid, tombèrent, à leur arrivée, dans une stupeur profonde ; Bartholin fit couvrir leurs têtes de peaux de mouton, et leur esprit parut peu à peu s'éveiller. Ellis (4) admet aussi cette étiologie.

Les températures extrêmes, le froid et la chaleur, ont en somme les mêmes effets : ils favorisent les congestions cérébrales, causes prochaines des accidents mentaux qu'on leur attribue.

7. Lumière. — Pour M. Gouzer (5) c'est la lumière, et non la chaleur des pays méridionaux, qui donnerait à leurs habitants leur tempérament spécial, car elle est un excitant physiologique. C'est la lumière aussi, l'excitant cérébral par excellence, qui causerait, d'après cet auteur, les plus grands chiffres annuels des cas de folie et

(1) Hyslop. In *Ann. méd. psychol.*, 1893, XVIII, 302,

(2) Esquirol. Ouv. cité. I, 25.

(3) Calmeil. *De la folie*, 1845, II, 225,

(4) Ellis. Ouv. cité, 1840, 120.

(5) Gouzer. Action de la lumière sur l'activité cérébrale, *Arch. d'Anthropol. criminelle*, 1891, 468.

de suicide, qui correspondent aux maxima actinométriques et non pas aux maxima thermiques. Enfin cet auteur a voulu expliquer de la même manière, par les oscillations et les acmés actinométriques, les courbes de la criminalité observées par M. Lacassagne. Le savant médecin de Lyon a en effet remarqué que mai, juin, juillet et août sont les mois génésiques par excellence, et que les crimes, qui ont leur maximum en juin pour baisser régulièrement jusqu'en novembre, présentent une ascension en mars et une diminution en avril. Or M. Gouzer explique ce dernier fait par la grande montée de lumière qui a lieu en mars (1).

On sait d'ailleurs que le jour et la nuit exercent chacun une influence particulière sur l'aliénation mentale. Au début du jour, les mélancoliques sont plus inquiets (2), et les aliénés en général plus agités (3) ; les suicides des vésaniques ont souvent lieu le matin. D'une façon générale, il y a dans la journée plus d'excitation, qui se manifeste chez certains sujets par des modifications de la force musculaire, de la circulation, de la respiration et de la sensibilité (4). Beaucoup de fumeurs sentent moins le goût du tabac dans l'obscurité ; le goût, la sensibilité paraissent aussi diminués chez certains.

On s'est demandé s'il n'y avait pas une action spéciale à chaque couleur composante de la lumière. Certaines favoriseraient le travail intellectuel (5). Le rouge augmenterait l'activité et serait appelé pour cela catabolique ; le violet favoriserait le développement et serait anabolique (6). Ces dernières propriétés ont été expérimentées par Béclard sur les larves des mouches. Un médecin italien, Ponza (7), a essayé de traiter les agités en les mettant dans

(1) Gouzer. Action de la lumière sur l'activité cérébrale, *Arch. d'Anthropol. criminelle*, 1891, 476.

(2) Marcé. *Traité prat. des mal. ment.*, 1882, 328.

(3) Esquirol. Ouv. cité, I, 28.

(4) Féré. *La pathol. des émotions*, 1892, 25.

(5) Féré. *La pathol. des émotions*, 25.

(6) Féré. *La pathol. des émotions*, 24.

(7) Ponza. De l'influence de la lumière colorée dans le traitement de la folie. *Ann. méd. psychol.*, 1876, 5e série, XVI, 391.

des chambres où la lumière, modifiée par les carreaux des vitres, arrivait violette, et les déprimés, en les plaçant dans une atmosphère colorée en rouge.

8. Nuit. — La nuit agit de différentes manières : par le froid, l'état hygrométrique de l'air, la fatigue accumulée de la journée et aussi l'obscurité. Celle-ci éveille chez certains névropathes des terreurs qui peuvent prendre une intensité extraordinaire, si la lumière ne vient pas les calmer.

M. Féré (1) a connu un individu qui, en wagon, surpris par l'obscurité d'un tunnel, fut pris d'une sensation d'étouffement si pénible qu'il se serait précipité par la fenêtre si on ne l'en eût empêché. Les enfants, candidats à la névropathie, sont particulièrement sujets à ces terreurs nocturnes.

On sait que la période intermédiaire entre la veille et le sommeil est le moment propice aux hallucinations hypnagogiques et à toutes les autres hallucinations qui peuvent parfois être chassées par la lumière ou la présence d'une personne étrangère. La nuit favorise aussi l'éclosion des délires (2), surtout de ceux dûs à l'alcool.

9. Le Traumatisme, que l'on peut ranger parmi les causes physiques, est souvent rencontré dans l'étiologie des psychoses, et son rôle est encore très discuté.

Esquirol (3) avait observé que les chutes sur la tête prédisposaient à la folie et étaient parfois une cause excitante dont les effets pouvaient ne se montrer que plusieurs années après. Bayle (4) et Calmeil (5) avaient remarqué l'influence des traumatismes crâniens sur la production de la paralysie générale. Griesinger (6) attachait une grande importance à toutes les plaies de tête, accompagnées de

(1) Féré. *La pathol. des émotions,* 1892, 60.

(2) Porel. *Etude sur les aliénés au point de vue de la nuit,* Th, Paris, 1865.

(3) Esquirol. Ouv. cité. I, 35.

(4) Bayle. *Maladies du cerveau et de ses membranes,* 1826, 409.

(5) Calmeil. *Mal. inflammat. du cerveau,* 1859, obs. 82, 114, etc.

(6) Griesinger. Ouv. cité, 211.

simple commotion cérébrale ou de fractures du crâne, d'épanchements sanguins, etc... Cette opinion fut partagée par Morel, qui regrettait que les tendances scientifiques de son temps aient accordé aux causes morales une trop grande prédominance dans la pathogénie des maladies mentales (1).

Une statistique de Schlager (2) établit que, sur 500 aliénés, 49 (42 hommes et 7 femmes) étaient atteints de folie traumatique. Ces psychoses auraient des caractères particuliers, par exemple une grande émotivité, une évidente tendance aux congestions ; et quelquefois ces troubles mentaux décéleraient une paralysie générale. Skae (3) admet aussi une folie traumatique, qui se terminerait souvent par la démence, et range l'insolation parmi les traumatismes. Une classification de tous ces faits a été proposée par Krafft-Ebing (4), qui considère les cas où l'aliénation est la conséquence directe du traumatisme, ceux où elle ne survient qu'après une période prodromique caractérisée par des modifications du caractère, et ceux enfin où le choc ne crée qu'une prédisposition à la folie, qui peut éclater plus tard dans d'autres occasions morbides.

Lasègue a, dans une de ses généralisations brillantes, fait rentrer les traumatisés du cerveau dans la classe de ses cérébraux, qui sont des dégénérés acquis. « Lorsque, dit-il, la santé cérébrale a été troublée, ne fût-ce qu'un moment, *par une blessure*, par une lésion encéphalique, par une malformation du crâne, la guérison n'est trop souvent qu'une suspension des accidents. Le malade, supposé guéri, a acquis une diathèse morbide, qui décidera du reste de son existence (5) ».

Dans ces derniers temps ont paru le mémoire de M. Azam (6), et surtout le travail d'ensemble de M. Christian (7), qui résume la

(1) Morel. *Trait. des maladies ment.*, 1860, 144 et 145.

(2) In Christian. Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. *Arch. de neur.*, 1889, XVII, 9.

(3) Skae. Ouv. cité.

(4) In Christian. *Des traumat. du crâne*, ouv. cité, 10.

(5) Lasègue. *Etud. méd.*, 1884, I, 567 et suiv.

(6) Azam. Les troubles intellect. provoqués par les traumat. cérébraux, *Arch. gén. de méd.*, 1881, I, 129 et 191. — Voir aussi Rigal. *Ann. d'hygiène*, 1894, XXXI 204.

(7) Christian. *Des traumat. du crâne*, ouv. cité.

question en adoptant la division de M. Duret (1). Après un traumatisme crânien (plaie, contusion, hémorrhagie, fractures), on observe tout d'abord des *symptômes primaires*, qui consistent en douleurs, troubles visuels (étincelles, lueurs) et auditifs (bourdonnements et tintements d'oreilles), hémiplégies ou monoplégies passagères, convulsions, vertige, étourdissement et coma. C'est là, en somme, un ictus. Parfois, il peut survenir une amnésie portant sur l'accident seul, ou plus fréquemment sur la période antérieure (rétrograde), et même postérieure (antérograde) à l'accident. D'autres fois, lorsque la scission de la mémoire est complète, le patient accomplit divers actes dans un état d'*automatisme inconscient* (2). M. Christian fait remarquer que dans tous ces cas, où le traumatisme survient à l'improviste, l'émotion ne peut jouer aucun rôle, car le sujet n'a pas le temps de s'effrayer. Mais il faut avouer que souvent on n'en sait trop rien.

Parmi les *accidents secondaires*, on doit comprendre les phénomenes inflammatoires qui suivent le traumatisme : la méningite, l'encéphalite, les abcès cérébraux, qui peuvent s'accompagner de délire. Enfin, les *accidents tertiaires* se développent, quelquefois plusieurs années après, chez ceux qui ont tout d'abord paru sortir indemnes du traumatisme.

Les altérations encéphaliques sont le plus fréquemment la cause des troubles mentaux. Et lorsque l'accident ne laisse pas de cicatrice ni de déformation du crâne, rien ne prouve que la commotion cérébrale n'est pas accompagnée de ruptures des vaisseaux de l'encéphale (Duret).

Si le sujet est un enfant, les conséquences éloignées du choc peuvent être l'arrêt de l'évolution intellectuelle, l'idiotie. Chez l'adulte traumatisé, les facultés intellectuelles sont aussi parfois abolies d'une façon plus ou moins rapide. C'est alors les états démentiels, liés aux lésions circonscrites de l'encéphale, par exemple lorsqu'il s'est produit dans cet organe des lésions importantes du tissu nerveux, une perte de substance, une hémorrhagie cérébrale.

(1) Duret. *Traumatismes cérébraux*, Th. Paris, 1878.

(2) Rouillard. Obs. d'amnésie traumatiq. avec automat. de la mémoire, *Ann. méd. psychol.*, 1886, III, 39. — Motet, *Ann. méd. psychol.*, 1886, III, 127.

Mais l'accident le plus redoutable des traumatismes crâniens est la paralysie générale (1). On trouvera les principaux cas publiés avant 1882 dans la thèse très documentée de M. Vallon (2).

Ordinairement la paralysie n'apparaît que quelques mois, et même quelques années après l'accident. Cependant Baillarger (3) narre un fait où la maladie se manifesta par du délire, dès le lendemain d'une chute sur la tête ; mais la patiente mourut au bout de 28 jours, et l'observation manque d'évidence. M. Lafitte (4) et M. Vallon (5) ont rapporté des exemples anologues peu contestables. Toutefois est-on bien en droit de dire que le début de la paralysie est survenu quelques heures après l'accident ? Ne pourrait-on pas admettre que ce dernier a permis à une lésion cérébrale, jusqu'alors latente, de se manifester subitement ?

M. Vallon ne croit pas que la paralysie générale d'origine traumatique se distingue par sa marche ou par ses symptômes d'une manière bien apparente. Il est probable même que la plupart des cas de démence consécutifs à des traumatismes crâniens et publiés par divers auteurs, notamment par Skae, sont des observations de paralysie générale. Cependant il y a des observations d'états démentiels qui n'ont ni le tremblement de la parole, ni la marche rapide de la démence paralytique.

Au point de vue pathogénique, M. Vallon considère d'abord les cas où le traumatisme, qui a causé la paralysie générale, s'est accompagné de fracture des os avec blessure du cerveau ou de ses enveloppes ; lorsque la maladie se montre rapidement, il faudrait la rattacher aux phénomènes inflammatoires traumatiques dont la méningo-encéphalite serait un développement. Mais si cette dernière apparaît tardivement, c'est qu'il est resté une lésion, véritable « épine plantée dans la masse nerveuse » qui, un jour ou l'autre, a, sous l'influence d'autres causes, provoqué l'évolution anatomique de la paralysie générale.

(1) Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879, 328.

(2) Vallon. *De la paralysie générale et des traumatismes.*, Th. Paris, 1882.

(3) In Griesinger. Ouv. cité, Appendice, 714.

(4) Laffite. Paralysie générale produite par un coup sur la tête, *Ann. méd. psychol.*, VI, 1881, 233.

(5) Vallon. *De la paralysie générale*, ouv. cité, obs. II, III et IV, 59, 60, 61, 62.

Les traumatismes crâniens peuvent encore déterminer d'autres lésions et troubles cérébraux, notamment l'état mental particulier du dégénéré, ainsi que l'avait remarqué Lasègue. C'est surtout de ceux-là qu'on peut dire qu'ils « héritent d'eux-mêmes ». Des individus, apparemment normaux avant l'accident, deviennent quelque temps après bizarres, impulsifs, malhabiles au travail ou paresseux. Leur caractère et leur humeur sont changés ; et ils sont sujets à ces bouffées délirantes, qui surviennent si facilement chez les déséquilibrés de tous genres. Quelquefois le traumatisme développe l'appétence à l'alcool.

Enfin toutes les formes vésaniques banales, les accès maniaques, les états mélancoliques, les délires plus ou moins systématisés, ont été observées après des traumatismes crâniens. Un effet curieux, mais non sérieusement contrôlé, des traumatismes, serait de déterminer des aptitudes artistiques. On raconte que Grétry devait son génie à la chute d'une poutre sur la tête, et que Clément V attribuait sa mémoire prodigieuse à un coup reçu sur le crâne.

Tous les traumatismes autres que ceux dont l'action se localise sur le crâne peuvent provoquer des délires. Un des premiers aliénistes qui se soient occupés des faits de ce genre est Griesinger (1), qui rapporte des cas observés par lui ou par d'autres, de troubles mentaux survenus à la suite de blessures des yeux, du pied, etc. Mais il faut tenir compte dans ces faits de l'émotion du schock. Ainsi des morsures par un chien non enragé ont déterminé quelquefois des symptômes nerveux et psychiques qu'on a décrits sous le nom de *fausse rage*.

Les accidents de chemins de fer provoquent chez les victimes des troubles nerveux et psychiques (2), qui ont été considérés en Allemagne comme une maladie spéciale, où des lésions matérielles de l'axo-myélencéphalique joueraient souvent le rôle pathogénique principal. En France, ils ont été incorporés dans l'hystérie par Charcot et ses élèves (3). Il faut retenir ici que beaucoup de ces malades

(1) Griesinger. Ouv. cité, 213.

(2) Vibert. *La névrose traumatique*, 1893.

(3) Voir l'histoire de cette question dans Georges Guinon, *Les agents provocateurs de l'hystérie*, 38 et suiv.

acquièrent, après l'accident, un état mental spécial, caractérisé par des idées mélancoliques et hypochondriaques et des crises d'anxiété. Des délires plus accentués ont été plus rarement observés. Dans tous les cas de névroses traumatiques l'émotion est un facteur des plus puissants.

Les tremblements de terre sont quelquefois aussi l'occasion de troubles psychiques, comme le prouve une malade de Charcot atteinte après l'incident de paraplégie hystérique avec phénomènes d'obsession (1).

On peut sans inconvénient réunir, pour les étudier, les délires opératoires aux délires traumatiques, dont la pathogénie et l'expression symptomatique sont sensiblement les mêmes.

C'est Dupuytren qui, en 1832, attira l'attention sur le délire qui suit une fracture, une luxation, une blessure comme aussi une opération quelconque. Son mérite fut de montrer que ces troubles mentaux devaient être séparés du *delirium tremens* qu'on observait dans des conditions analogues. Cette opinion fut adoptée par des aliénistes tels que Calmeil et Delasiauve. Mais par la suite on continua de confondre le délire traumatique avec le délire alcoolique, qu'il représentait fréquemment : c'est ce que prouve la lecture de la thèse de M. Festal (2) qui expose les idées de M. Verneuil (3).

Cependant on publiait des observations de psychoses survenues à l'occasion des traumatismes opératoires les plus divers, à la suite de la rhinoplastie (Billroth), de l'amputation de cuisse (Davidson (4), de la hernie étranglée, de la résection du genou (5), et surtout des ovariotomies (6), qui ne mettent d'ailleurs pas à l'abri de l'hystérie (7) contre laquelle on les avait conseillées. On trouvera des faits

(1) Georges Guinon. Ouvr. cité, 56.

(2) Festal. *Étude sur le délire nerv. traumat.*, Th. 1877.

(3) Verneuil. *Mém. de chirurg.*, 1883, III, 144.

(4) Davidson. Acute mania during the after-treatment of amputation. *The Lancet*, 1875, I, 73.

(5) Dent. *The journal of ment. Sc..*, 1893, XVII, 121.

(6). A. Voisin. *Ann. méd. psych.*, 1879. II, 41. — Régis. Folie et ovarosalpingectomie *Soc. méd. de Bordeaux*, 2 juin 1893.

(7) Debove. *Bull. Soc. méd. des Hôpitaux*, 1892, 800.

nombreux du même genre dans les travaux de M. Denis (1), M. Mairet (2), M. Régis (3), M. Dubuisson (4), et M. Le Dentu (5).

Dans sa thèse inaugurale, M. Vène (6) a recueilli douze faits nouveaux de délires post-opératoires et a essayé une étude d'ensemble. La forme clinique la plus fréquente de ces désordres intellectuels est l'accès de manie transitoire. Le malade est agité, parle sans cesse, se montre désordonné. La langue est sèche, l'anorexie complète, le pouls rapide et cependant la température — fait intéressant à noter — reste souvent normale ou presque normale. Ce délire s'accompagne ordinairement d'hallucinations. Au lieu de ces symptômes bruyants, il se montre parfois un état de dépression avec idées mélancoliques. En général, le début de ces accidents a lieu dans les premiers jours qui suivent l'opération, du deuxième au cinquième jour (Vène), mais il peut survenir immédiatement après (Denis), comme aussi au bout de plusieurs semaines. La durée est généralement courte, ne dépassant pas un mois, dans plus de la moitié des cas (33 fois sur 62 faits) (7). Ces délires, qui sont quelquefois et même rapidement mortels, passent rarement à l'état chronique.

Les conditions d'apparition de ces troubles mentaux prêtent à plusieurs considérations. Relativement aux genres d'opérations donnant lieu à des délires, M. Le Dentu (8) a trouvé, dans une statistique comprenant 68 cas, que plus de la moitié (38) avaient été pratiquées sur l'appareil génital de la femme et que, sur ce nombre, 14 étaient des ovariotomies. Dans les 30 autres cas, on trouve toutes sortes d'opérations (cataractes, ablation de cancers du sein, abcès par conges-

(1) Denis. Thèse de Montpellier, 1888.

(2) Mairet. Folie post-opératoire. *Bull. médical*, 1889, 1075 et 1087.

(3) Régis. *Ann. méd. psycho.*, 1890.

(4) Dubuisson. Congrès des médecins aliénistes (Session de Rouen, 1890).

(5) Le Dentu. Les délires post-opératoires, *La médecine moderne*, 1891, 53 et 73

(6) Vène. *Étude sur les délires post-opératoires*, Th. Paris, 1891.

(7) Vène. *Étude sur les délires post-opératoires*, Th. Paris, 1891, 40.

(8) Le Dentu. Ouvr. cité, 73.

tion, etc.). Il faut retenir le grand nombre de faits où il est question de manœuvres gynécologiques. Est ce que la privation d'organes importants comme l'ovaire, dont l'influence sur les fonctions générales de l'organisme paraît grande, quoique mal connue, ne serait pas en partie la cause des désordres psychiques ?

Mais on a invoqué pour les autres cas, d'autres facteurs pathogéniques, et notamment les intoxications. L'alcoolisme, qui a été le plus souvent incriminé, est pour beaucoup de médecins, la véritable cause du délire nerveux traumatique. On a essayé de différencier les troubles intellectuels dus à l'alcool par ses caractères habituels (hallucinations terrifiantes, tremblements) ; mais outre que l'intoxication par ce poison peut se révéler autrement, les accès de manie transitoire chez des gens sobres s'accompagnent aussi d'hallucinations qui peuvent égarer le diagnostic. Dans beaucoup de cas, seuls les antécédents du sujet indiqueront la cause prochaine de la maladie, S'il est alcoolique, il peut encore se présenter deux cas : ou bien le blessé était en état d'ivresse au moment de l'accident, et son délire est sous la dépendance étroite de l'alcool ; ou bien c'est un alcoolique chronique, et alors le choc a réveillé un délire, toujours prêt à se manifester à la moindre occasion.

Parmi les autres intoxications pouvant aider à l'éclosion des troubles intellectuels dans le cas de traumatisme, il faut citer les anesthésiques, le chloroforme, l'éther, le protoxyde d'azote (Savage) (1) la morphine employée en injections sous-cutanées avant l'opération. L'iodoforme serait quelquefois le coupable, car il est capable de provoquer des accidents mentaux (2).

L'infection peut être enfin de nature microbienne. Mais le délire septicémique n'est pas en cause lorsqu'il n'y a pas de plaie ou qu'elle ne suppure pas. L'absence de fièvre n'a pas une signification absolue, car peut-être y a-t-il des infections apyrétiques. L'infection interne, l'auto-intoxication, est encore une pathogénie à vérifier. On sait que les réactions qui suivent un traumatisme sont nombreuses, et que les troubles de nutrition sont

(1) In Vène. Ouvr. cité, 44.

(2) Rossignol. *De l'intoxication iodoformique*, Th. Paris, 1890.

quelquefois importants dans cet enchaînement de désordres morbides qu'entraîne une lésion de l'organisme. M. Le Dentu a cité (1) aussi la possibilité d'une intoxication urémique, comme agent provocateur du délire dans le traumatisme.

Le choc nerveux déterminé par un traumatisme est aussi un élément étiologique dont il faut tenir compte. Dans la plupart des observations publiées, soit lacune dans les recherches, soit pour tout autre motif, les antécédents névropathiques ne sont pas fréquemment signalés.

En résumé, les traumatismes ont plusieurs manières d'agir. Tantôt ceux qui portent plus rudement sur le crâne provoquent une commotion cérébrale, comparable à celle causée par une insolation, un ictus, une très forte émotion. Dans ces cas, les troubles psychiques immédiats sont surtout la suspension de la pensée et quelquefois, dans les périodes de réaction, un délire d'excitation. D'autres fois ils déterminent des lésions organiques qui amènent des complications immédiates, souvent mortelles, ou éloignées. Parmi ces dernières, on rencontre des états démentiels, liés le plus souvent à des pachyméningites, à des hémorrhagies, etc... et encore à la paralysie générale, plus ou moins rattachable à ces lésions. Comment faire de tous ces états morbides différents une unité symptomatique, qui constituerait la folie traumatique?

Parfois on ne trouve rien dans le cerveau, par exemple dans les traumatismes éloignés du crâne et après les opérations. Mais le choc a ébranlé l'organisme et a éveillé des tendances vésaniques latentes qui se manifestent dans des délires banals. Le cerveau est devenu un *locus minoris résistentiæ*, terrain ouvert à toutes les névropathies, comme le poumon, ébranlé par une contusion thoracique, est devenu plus sensible aux causes morbifiques et surtout aux infections (2). Enfin il peut arriver encore que l'accident crée lui-même la prédisposition névropathique. Mais dans tous ces cas la nécessité d'une certaine aptitude familiale ou autre à fabriquer des troubles nerveux est bien différente. Lorsque le blessé devient mélancolique ou persécuté après son accident, on comprend que

(1) Le Dentu. Ouvr. cité, 75.

(2) Charrin. *La pathologie générale infectieuse*, ouvr. cité, 58.

les antécédents héréditaires doivent être très chargés, et ils le sont en effet. De même on peut admettre que la paralysie générale, mise en évidence par un choc, était latente depuis quelque temps. Mais lorsque le traumatisme déséquilibre d'emblée l'individu, je crois qu'il faut penser que la prédisposition est alors réduite à son minimum.

Ce chapitre d'étiologie est très instructif. Il sert à illustrer par d'excellents exemples deux idées dont je poursuis la démonstration dans ce livre : la première, que les troubles mentaux étant subordonnés à un ou plusieurs des processus morbides d'une maladie, il est évident que toutes les classifications basées sur les grandes divisions nosologiques sont fausses parce que celles-ci sont trop compréhensives. Dans le traumatisme, comme dans la puerpéralité, il y a plusieurs processus, dont chaque groupe peut provoquer des troubles mentaux plus ou moins spéciaux à celui-là et non pas au traumatisme et à la puerpéralité, étiquettes énormes et sans précision. La seconde idée est que la prédisposition vésanique n'est pas toujours et nécessairement héréditaire, puisqu'il est des causes morbides qui, capables de la créer en quelque sorte de toutes pièces, paraissent pouvoir provoquer des troubles psychiques sans aucune autre aide.

# CHAPITRE VI

## CAUSES PATHOLOGIQUES

### ARTICLE Ier.

### INTOXICATIONS

Les intoxications pouvant provoquer des délires sont très nombreuses. Au point de vue de l'agent toxique, on pourrait les diviser en minérales (plomb, mercure), végétales (opium, haschich), et animales (septicémies, auto-intoxications urémique, hépatique). Mais il y a quelque raison pour décrire à d'autres places les délires liés aux maladies infectieuses et à certains états morbides généraux. Je ne m'occuperai donc dans ce chapitre que des deux premiers groupes. Les toxiques qui en font partie appartiennent à diverses catégories des principales classifications des auteurs. C'est ainsi que, si l'on suit celle de Tardieu, le tabac fait partie des poisons stupéfiants, l'opium des narcotiques et le sulfate de quinine des névrosthéniques Les corps les plus différents par la prédominance de certains de leurs effets sur le système nerveux ou musculaire peuvent tous provoquer des troubles intellectuels. On ne peut non plus établir une division des toxiques basée sur le délire, car pour le moment on ne voit guère que les relations qui unissent les divers syndrômes, et presque pas les différences qui les séparent.

Je me contenterai de donner ici quelques renseignements sur les poisons les plus connus, renvoyant pour les autres à des ouvrages plus complets et notamment au savant travail de M. Legrain (1).

(1) Legrain. Les poisons de l'intelligence, *Ann. méd. psych.*, 1891, XIV, 30 215 et 377, et 1892, XV, 52 et 215.

### A. — Intoxications volontaires.

1. Alcool — Le délire alcoolique est, des troubles intellectuels par intoxication, le premier qui ait été étudié avec soin. Il est vrai que son importance est tout de suite devenue considérable. C'est surtout depuis les travaux de Lasègue (1), inspirés par ceux du médecin suédois, Magnus Huss, que cette question a occupé l'attention des aliénistes. Cependant le mal était ancien, puisque Esquirol avait déjà noté que l'abus des liqueurs alcooliques venait, en quatrième ligne, dans l'énumération des causes de la folie.

Toutefois, il est certain que ce mal a fait des progrès considérables dans la seconde moitié du siècle. Il m'est impossible de donner ici, même très sommairement, des renseignements bibliographiques sur l'étude de l'alcoolisme, car les travaux sur ce sujet sont si nombreux, que leur énumération seule tiendrait plusieurs pages. Il suffit de rappeler ceux de Lasègue (2), de M. Lancereaux (3), de MM. Magnan et Laborde (4), le rapport sénatorial de Claude (des Vosges) (5), illustré par les diagrammes et les cartes de M. Turquan, et auquel j'emprunte plus d'un renseignement.

a) *Toxicologie.* — On sait comment on obtient l'alcool. Mais dans la distillation, il passe toujours avec l'alcool vinique, d'autres produits qu'on ne peut éliminer qu'après une série de distillations fractionnées et savantes, nécessitant des connaissances, des soins et des dépenses que beaucoup d'industriels ne veulent ni ne peuvent donner. Il en résulte que les eaux-de-vie du commerce sont toujours des produits complexes.

(1) Lasègue. Alcoolisme chronique (1852) *Études médicales* ouvr. cité, 102.

(2) Lasègue. *Études médicales,* ouvr. cité, II, 102 et suiv.

(3) Lancereaux. Alcoolisme, *in Dict. encycl. des sci. méd.,* II, 1865, 815.

(4) Magnan. *De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et leur traitement,* 1874. — Magnan. *Recherches sur les centres nerveux,* 1893. — Magnan et Laborde. De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels. *Société de méd. publ. et d'hygiène professionnelle,* 1887. — Laborde et Magnan. L'alcool et sa toxicité. *Académie de médecine,* 2 et 16 octobre, 1888.

(5) Claude (des Vosges). *Rapport fait au Sénat au nom de la Commission d'enquête sur la consommation de l'alcool en France,* 1887.

Dans les substances dites *mauvais goût de tête*, qui passent d'abord au cours des manipulations de rectification, se trouvent de l'aldéhyde $C^2 H^4 O$, de l'éther acétique, de l'alcool propylique. Ce dernier ne se reconnaît qu'à la proportion de 4 % et donne alors à la dégustation un peu de *montant*.

Dans les *mauvais goûts de queue*, on rencontre de l'alcol propylique, encore de l'alcool butylique, de l'alcool amylique qui est le produit dominant, une huile essentielle particulière et des produits poivrés.

Dujardin-Beaumetz et Audigé (1) ont étudié la puissance toxique de ces différents alcools. Il résulte tout d'abord de leurs expériences entreprises sur des chiens, sur lesquels ils recherchaient les quantités d'alcool pur par kilogr. d'animal nécessaires pour causer la mort en 24 ou 36 heures, que tous les alcools sont doués de propriétés toxiques. Dans la série mono-atomique, cette toxicité s'élève ainsi que les formules. Cette loi ne paraît pas pourtant aussi absolue que l'ont énoncée les premiers expérimentateurs, ainsi que le faisait remarquer M. Laborde (2) à propos de ses expériences sur la strontiane.

Rabuteau (3) a d'autre part constaté que les alcools sont d'autant plus toxiques qu'ils ont un point d'ébullition plus élevé. Ainsi l'alcool éthylique $C^2 H^6 O$, qui bout à 78°, est moins toxique que le propylique $C^3 H^8 O$ bouillant à 97°, et celui-ci moins que le butylique $C^4 H^{10} O$ bouillant à 109°, etc.

En outre les alcools sont d'autant plus toxiques, qu'ils sont plus solubles. Ainsi l'alcool céthylique, très riche en carbures d'hydrogènes mais complètement insoluble, est inoffensif. Certains alcools exposés à l'air s'altèrent et, parmi les produits de décomposition, se forment des aldéhydes et des éthers qui augmentent leur nocuité. Enfin les travaux de M. Pasteur ont appris que les moûts ensemencés avec des ferments différents donnaient des alcools dissemblables, notamment au point de vue de la toxicité.

(1) Dujardin-Beaumetz et Audigé. *Recherches expériment. sur la puissance des alcools*, 1878.

(2) Laborde. Étude expérimentale de l'action sur l'organisme des sels de Strontium. *Académie de médecine*, 21 juillet, 1891.

(3) Rabuteau. *Traité élémentaire de thérapeutique et de pharmacologie*, 1884.

On sait que l'intoxication aiguë par l'alcool se manifeste par trois périodes : ivresse, résolution et collapsus. Les alcools supérieurs déterminent une succession plus rapide de ces phénomènes qui deviennent plus intenses et s'accompagnent d'hypothermie.

Les expériences de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé leur ont permis de conclure que tous les alcools et eaux-de-vie de commerce, tous toxiques, étaient nuisibles relativement à leur origine et leur degré de pureté. C'est ainsi qu'ils ont classé dans l'ordre de toxicité croissante, les produits suivants : 1° Alcools et eaux-de-vie de vin ; 2° eaux-de-vie de poiré ; 3° eaux-de-vie de marc de raisins et de cidre ; 4° alcools et eaux-de-vie de grains ; 5° alcools et eaux-de-vie de betteraves et de mélasse de betteraves ; 6° alcools et eaux-de-vie de pommes de terre.

Les expériences de MM. Laborde et Magnan ont confirmé la vérité de cette sorte de hiérarchie toxique, basée sur la provenance de l'alcool. Ces expérimentateurs ont en outre montré que tous les alcools, quelle que fût leur origine, pouvaient être ramenés au type physiologique de l'alcool éthylique, le moins dangereux. On comprend l'importance de cette donnée, car elle justifie la mesure prophylactique la plus sûre, la rectification de l'alcool, qu'on demande aujourd'hui.

L'alcool de vin commercial, le moins nuisible, est plus toxique que l'alcool éthylique pur, car il renferme certains autres produits comme on l'a vu un peu plus haut. Les eaux-de-vie de marc de raisins, de cidre et de poiré sont plus toxiques, parce qu'ils contiennent des quantités d'alcool propylique, œnanthylique et caprylique ; les eaux-de-vie de grains et de betteraves, à cause des alcools propylique, butylique et amylique ; et les alcools et eaux-de-vie de pommes de terre sont les plus dangereux, à cause des alcools butylique et amylique.

La toxicité n'est plus la même pour les alcools rectifiés et les *flegmes*, c'est-à-dire les produits qui résultent de la distillation lente des matières fermentées. Ce qui fait que l'industrie ne rectifie pas les alcools et eaux-de-vie, c'est que de la sorte ils ne paraissent pas mauvais au goût et même sont parfois préférés par de certains consommateurs : une économie de manipulation délicate non exigée par le public est donc réalisée.

Il faut encore noter que les industriels rendent plus impurs leurs produits par des falsifications diverses. Par exemple, pour payer un impôt plus faible, on ajoute aux alcools du méthylène qui permet de les vendre comme dénaturés ; les mauvais produits obtenus servent au *vinage*, qui fait ainsi plus riches en alcools, mais plus malsains, des vins faibles. Le *mouillage*, qui permet ensuite de les additionner d'eau, est aussi dangereux ; car au lieu de se servir de piquette de raisin et d'eau pure, on se sert de produits fabriqués avec les glucoses du commerce, qui contiennent des acides sulfurique et chlorhydrique, et des traces d'arsenic à l'état de sels de chaux, de soude et de magnésie. Le *coupage* se fait ensuite chez les marchands de vin, au moment de la livraison, pour empêcher les contraventions. Une autre falsification consiste à donner à des vins artificiels, la saveur et la senteur, c'est-à-dire le bouquet des vins naturels. Pour cela on emploie des *huiles de vin françaises* ou *allemandes*, dont l'action a fait l'objet des expériences de MM. Laborde et Magnan (1). Ces produits sont de violents toxiques, et l'huile de vin allemande l'est deux fois plus que la française ; aussi est-elle plus en faveur dans l'industrie, car à volume égal elle peut parfumer un volume double de vin.

Les falsifications ne portent pas seulement sur les vins. M. Girard (2) a indiqué comment on fabriquait artificiellement le bouquet du *cognac*, en attaquant par l'acide nitrique un mélange d'huile de ricin et de coco, de beurre et d'autres matières grasses. Ce produit, contenant des alcools supérieurs, est très toxique et permet de masquer le mauvais goût des alcools employés. Le rhum, dit de la Jamaïque, est parfois un composé d'alcools supérieurs, d'aldéhydes (acétal, méthylal, acétone), et de produits aromatiques du groupe des camphres, ainsi que l'a montré une analyse de M. Pouchet (3).

Les essences qui entrent dans la composition des liqueurs, sont aussi très dangereuses ; elles ont fait l'objet de recherches très savantes de MM. Laborde et Magnan. Celle d'absinthe, bien connue

(1) Laborde et Magnan. L'alcool et sa toxicité, *Académie de médecine*, 2 et 16 oct. 1888.

(2) In Claude (des Vosges). Ouvr. cité.

(3) In Laborde et Magnan. De la toxicité des alcools dits supérieurs et des bouquets artificiels, *Société de médecine prat. et d'hygiène professionnelle*, 1887.

depuis les travaux de M. Magnan, paraît être une des plus répandues et des plus nuisibles (1), bien que MM. Cadéac et Meunier (2) aient cherché à l'innocenter en accusant de ses méfaits les autres essences qui servent à la fabrication de la liqueur d'absinthe et notamment l'essence d'anis, la badiane et le fenouil. Dans la fabrication du vermouth et du bitter, les industriels remplacent ordinairement l'essence de la reine des prés par l'aldéhyde salicylique, qui est un puissant convulsivant, comme l'ont montré MM. Laborde et Magnan ; ces auteurs ont trouvé aussi dans ces apéritifs une autre substance convulsivante, le salicylate de méthyle. Mais il n'est pas jusqu'à la liqueur de noyau, qui cependant passe pour inoffensive, qui, expérimentée par ces physiologistes distingués, ne se soit révélée comme un poison dangereux. Elle renferme un produit composé de benzonitrile et d'aldéhyde benzoïque, dont l'action est tétanisante et foudroyante : cela ne rendrait-il pas compte de ces morts subites que l'on observe au cours d'un accès d'alcoolisme aigu ?

b) *Production des alcools.* — Il est intéressant de connaître la production des alcools en France. Le rapport de Claude (des Vosges (3) donne là-dessus des renseignements nombreux. Les eaux-de-vie, alcools ou esprits sont les produits de la distillation de certaines boissons (vin, cidre, bière), ou d'autres matières (marcs de vin, lies de vin, moûts d'orge et de pommes de terre, sucs de fruits, etc)..., qui ont subi la fermentation alcoolique. Dans le commerce, on appelle eaux-de-vie les produits qui contiennent 38 à 61 °/° d'alcool pur, obtenus par la distillation ou encore par l'addition d'eau à des alcools plus ou moins rectifiés. Les alcools ou esprits sont ceux qui contiennent plus de 61 °/° d'alcool pur ou réputé tel. Les eaux-de-vie communes sont ordinairement fabriquées avec des vins qui ont tourné ou qui ne peuvent être conservés. Auparavant, on ne les tirait que du vin, mais depuis les ravages de l'oïdium et du

(1) Magnan, C. R. *Société de Biologie*, 1872, IV, 210. Id. *Union méd.*, 1864, 4 et 9 août, et *Arch. de physiol., norm. et pathol.*, 1873, 127. — Lancereaux. *Académie de méd.*, 7 sept. et 19 octobre 1883.

(2) Cadéac et Meunier. *Acad. de médecine*, 10 sept. 1889. — *Société de Biologie*, 9 nov. 1889.

(3) Claude (des Vosges). Ouvr. cité, 81.

phylloxera, on a commencé à les extraire de toutes sortes de matières ; et les proportions des alcools de vin ou de fruits, relativement aux autres, ont singulièrement varié en cinquante ans, comme le montre un tableau construit par Claude (des Vosges) (1), que je complète par des documents récents (2), dont les chiffres ont été groupés de manière à pouvoir figurer à côté de ceux du rapport sénatorial.

La distillation des alcools de vin et de fruits, les moins toxiques, qui était de 815.000 hectolitres de 1840 à 1850, n'était plus que de 95.681 hectolitres en 1885, c'est-à-dire neuf fois moins considérable. Le vin seul produisait, en 1876, 545.994 hectolitres, et en 1885, neuf ans après, 23.240 hectolitres, c'est-à-dire 23 fois moins environ et le 80e à peu près de la production totale des alcools. Dans ces dernières années, la production des alcools de vin s'est considérablement accrue, jusqu'à atteindre en 1893 (3) le chiffre de 100.829 hectolitres, représentant la 24e partie de l'alcool total distillé par les professionnels et les bouilleurs de crû.

| Années. | ALCOOLS PROVENANT DE LA DISTILLATION DES : | | | | | | | | Total. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Substances farineuses. | Mélasse. | Betteraves. | Vins. | Cidres. | Marcs, lies. | Fruits. | Substances diverses. | |
| | Hectol. | Hectol. | Hectol. | Hectol. | Hectol. | Hectol. | Hectol. | Hectol. | Hectol. |
| 1840 | 36.000 | 40.000 | 500 | 815.000 | | | | | 891.500 |
| 1876 | 101.402 | 710.670 | 243.337 | 545.994 | 22.388 | 76.227 | 1.228 | 7.929 | 1.709.175 |
| 1885 | 567.768 | 728.523 | 465.451 | 23.240 | 20.908 | 43.853 | 7.680 | 7.028 | 1.864.451 |
| 1893 | 457.877 | 896.572 | 861.099 | 100.829 | 44.761 | 74.773 | 28.222 | 12.254 | 2.476.387 |

La distillation des vins se fait surtout dans les départements viticoles, mais dans certains de ceux-là on pratique actuellement la

(1) Claude (des Vosges). Ouvr. cité, 92.

(2) Ministère des finances. *Bulletin de statistique et de législation comparée*, 18e année, mai 1894, 516 et 517.

(3) Id. 516 et 517.

distillation des marcs de raisin, qui donnent des alcools chargés d'acide caproïque et d'éther œnanthylique très malsains.

En Normandie, on fabrique des eaux-de-vie avec le cidre et le poiré, dans l'Est avec les cerises et les prunes (kirsch et couetsche), les baies de genièvre (gin), dont l'arôme est dû à l'acide cyanhydrique. C'est dans les pays du Nord qu'a pris naissance la distillation des grains (riz, maïs, sarrasin, blé, seigle, orge, avoine, haricots, pois, lentilles, glands verts), préalablement livrés à la fermentation. En France, la maladie de la pomme de terre a donné une vive impulsion à cette industrie, et la production de ces alcools a, de 1876 à 1885, plus que quatruplé. L'emploi de pommes de terre elles-mêmes dans la distillation, ne date guère chez nous que de 60 ans et ne s'est jamais beaucoup généralisé. La betterave est surtout employée dans le Nord, ainsi que les mélasses.

c) *Consommation.* — La consommation moyenne de l'alcool, par tête d'habitant (hommes et femmes, adultes et enfants), était en 1830 de 1 litre 12 ; elle est actuellement de plus de 4 litres. Elle a donc plus que triplé en un demi-siècle. Si, en outre, l'on considère d'une part la production des bouilleurs de crû, exempte d'impôt, celle qui se fait frauduleusement et qui peut s'évaluer à 1 ou 2 millions d'hectolitres par an et, d'autre part, ce fait que les femmes et les enfants, comptant comme têtes d'habitants, prennent qu'exceptionnellement de l'alcool, et que parmi les hommes adultes la moitié au plus use habituellement des liqueurs alcooliques, on doit admettre que la consommation est huit fois plus considérable, et qu'en réalité elle atteint le chiffre de 24 litres, soit par mois 2 litres d'alcool ou 6 litres d'eau-de-vie pour ceux qui boivent. Les causes de cette progression ont été : la loi du 12 décembre 1830 qui, abaissant les droits de 32 °/₀ a favorisé la vente de l'alcool, et la révolution économique qui, vers 1855, lança sur le marché des alcools nouveaux et moins chers, tirés des substances farineuses, des mélasses et des betteraves.

La consommation de l'alcool varie d'un département à un autre dans de très grandes proportions. « Plus une région récolte de vin, et par conséquent en consomme, moins elle absorbe d'alcool. Dans celles au contraire, qui sont privées de vin et qui ont recours à la

bière ou au cidre, boissons moins alcooliques, la consommation de l'alcool acquiert une grande importance. On pourrait dire que l'homme cherche dans l'eau-de-vie la quantité d'alcool qu'il n'a pu trouver dans la bière et le cidre, et qu'il aurait rencontrée dans le vin » (1). Il en résulte que, exception faite de Paris et de quelques grandes villes, la consommation de l'alcool est en rapport inverse de celle du vin, et que la première augmente si la consommation de ce dernier diminue.

Les tableaux (nos 7 et 8) de Claude (des Vosges), dressés pour l'année 1885, montrent en effet que sur les côtes de la Manche on boit le moins de vin et le plus d'alcool, et que dans le Midi il se passe un phénomène inverse.

Dans les départements de l'Oise, du Pas-de-Calais, de l'Aisne, du Calvados, de l'Eure, de la Somme et de la Seine-Inférieure, chaque habitant boit par an de 7 à 13 litres d'alcool et de 10 à 50 litres de vin. La Seine consomme de 6 à 7 litres d'alcool et 200 litres de vin. Si l'on calcule le nombre total de la contenance en alcool de toutes les boissons consommées (eaux-de-vie, vin, bière, cidre), on trouve que les départements qui en absorbent le moins, sont : la Corrèze et la Haute-Savoie (4 litres 85), les Basses-Alpes, l'Ardèche, l'Ariège, la Dordogne, la Lozère (5 litres), et que ceux qui en consomment le plus sont : le Gard (17), le Rhône (18), les Bouches-du-Rhône, la Seine-Inférieure, la Seine-et-Oise (19), l'Aude, la Gironde, l'Hérault et la Marne (20), le Calvados (23), la Seine (27).

Les villes où l'on boit le plus de vin, sont : Nice (298 litres), Toulouse (229), Grenoble (227), Clermont-Ferrand (225), Tours (224), Bordeaux (223), Versailles (216), Lyon (215), Dijon et Paris (207), Troyes (203), Saint-Etienne (202), Marseille (193). Celles où on en boit le moins sont : Roubaix (14), Tourcoing (17), Dunkerque (30), Caen (30), Lille (31), Le Havre et Amiens (43), Rouen et Lorient (53). Le cidre est surtout consommé à Rennes (584 lit.), à Caen (290), au Mans (248), à Lorient (208), à Rouen (164) et au Havre (104) ; la bière (tableau n° 15) : à Lille (312 l.), à Saint-Quentin (236), à Tourcoing (206), à Roubaix (198), à Dunkerque (177). Enfin les alcools : à Rouen (16 l. 6), Caen (16,4), Le Havre (15,3), Boulogne (13,1). Les

(1) Claude (des Vosges). Ouvr. cité, 110.

très grandes villes présentent à peu près les mêmes consommations : Paris (6,7), Lyon (5,2). Marseille (6,8), Bordeaux (4,8), Lille (7,3). Celles qui en consomment le moins sont : Nîmes (0,8), Béziers (0,9), Toulouse (2,4), Montpellier (3,3), Nice (3,8).

Les statistiques pour l'année 1893 (1) donnent des chiffres comparables. Parmi les villes qui consomment le plus de vin, nous retrouvons : Nice (243 litres), Saint-Etienne (234), Grenoble (228), Clermond-Ferrand (213), Bordeaux (207), Toulouse (201). Ce sont celles où l'on boit le moins de vin qui consomment le plus de cidre : Rouen (42 l. de vin et 197 l. de cidre), Caen (30 et 284), Rennes (34 et 486) ; le plus de bière : Calais Saint-Pierre (14 l. de vin et 106 l. de bière), Roubaix (19 et 207), Dunkerque (25 et 237), Tourcoing (17 et 256), Lille (32 et 376), et aussi le plus d'alcool : Amiens (41 l. de vin et 11 l. 5 d'alcool), Caen (30 et 15,8), Le Hâvre (39 et 16,2), Rouen (42 et 16,8), etc.

Voilà donc brièvement énumérées les conditions économiques où se développe l'alcoolisme qui atteint principalement la classe ouvrière et lui prend en certains endroits jusqu'à la moitié de ses ressources. La consommation en 1893 était de 2,476,387 hectolitres d'alcool pur, correspondant à 5 ou 6 millions d'hectolitres d'eau-de-vie ordinaire. Le litre d'eau-de-vie coûtant 4 francs, c'est plus de 2 milliards de francs que payent les consommateurs français représentés, en majorité, par les ouvriers. Si l'on ajoutait les frais de maladie et les pertes de salaires occasionnés par l'alcoolisme, à quel chiffre monterait ce budget formidable de l'alcool ? M. Rochard l'a évalué ainsi il y a déjà quelques années :

| | |
|---|---|
| Prix de l'alcool consommé..... | 128.298.384 fr. |
| Journées de travail perdues..... | 1.340.147.500 |
| Frais de traitement et de chômage.. | 70.842.000 |
| Frais de traitement pour les aliénés.. | 2.652.912 |
| Frais de répression pour les crimes.. | 8.894.500 |
| Suicides. Morts accidentelles..... | 4.922.000 |
| Total..... | 1.555.757.296 fr. |

Parmi les causes générales de l'alcoolisme, il faut d'abord placer

(1) Ministère des finances, ouvr. cité, 634.

le paupérisme qui, quoi qu'on dise, est un des facteurs importants de cette maladie sociale. Le misérable n'est pas assez riche pour ne boire que de l'eau, disait M. Joffroy dans une de ses leçons (1). Et c'est vrai, pour être abstinent, il faut bien se nourrir. Le pauvre remplace les aliments plus chers à préparer que l'alcool, nourriture toute prête et apaisant immédiatement l'appétit sous un petit volume. Le mauvais exemple et l'ignorance des classes ouvrières à l'égard des effets terribles de l'alcool aident singulièrement à la propagation du vice.

Mais l'extension de l'alcoolisme tient surtout à deux ordres de faits : la licence des bouilleurs de crû et la multiplicité des débits de boissons. Depuis la loi du 14 décembre 1875, les propriétaires et fermiers, qui distillent les vins, marcs, cidres, prunes et cerises provenant exclusivement de leurs récoltes, sont dispensés de toute déclaration préalable et sont dispensés de l'exercice (2). Ce sont les bouilleurs de crû qui, la plupart, achètent des fruits et même des graines et des racines, et les distillent d'une façon imparfaite. Vendus clandestinement, ces produits malsains diminuent le chiffre réel de la consommation alcoolique taxée et font une concurrence désastreuse aux eaux-de-vie du commerce qu'ils ne valent pas. Il y avait en 1875 en France, 241.721 bouilleurs de crû produisant moins de 40 litres par an auxquels la loi nouvelle allait s'appliquer. Il y en avait en 1884, 473.817 dont les produits pouvaient être évalués au minimum — car ils ont de la tendance à dissimuler leurs opérations — à 61,930 hectolitres d'alcool par an. En 1893, les bouilleurs de crû étaient au nombre de 678.131 et ont distillé le chiffre approximatif de 159.000 hectolitres d'alcool.

« Si les bouilleurs de crû sont le fléau des campagnes, dit Claude (des Vosges) (3), les débitants sont sans contredit le fléau des villes. » De 1875 à 1885, il s'est créé en France près de 60,000 débits nouveaux. Il y en avait un pour 94 habitants, ou, si l'on excepte de ceux-là les femmes et les enfants, 1 pour 30 à 40 personnes. A Paris il y en avait 30.000, soit 1 pour 75 habitants, dans le département

(1) Joffroy. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, 1895.

(2) Claude (des Vosges). Ouvr. cité, 144.

(3) Id. 194.

du Nord 1 pour 46 habitants ou 15 adultes, et dans la Seine-Inférieure 1 pour 66 habitants ou pour 22 adultes! Là, comme le décrit M. Tourdot (1), l'ouvrier est en quelque sorte domicilié au cabaret, il y vit, il y mange, et l'eau-de-vie est non-seulement sa boisson principale, mais quelquefois le plus clair de ses aliments. Un adulte normand absorberait, d'après Claude (des Vosges) (2), 50 litres d'alcool par an, soit 150 litres de mixture vendue comme eau-de-vie à 33° environ.

d) *Effets sociaux et biologiques.* — La consommation de l'alcool a des conséquences sociales et biologiques. En 1873, il y a eu 59.347 contraventions pour ivresse. En 1884, 68.072. Il est à remarquer que le nombre de ces poursuites est en rapport avec celui de la consommation des spiritueux. C'est dans les régions non vinicoles que l'ivresse fait le plus de ravages. Ainsi dans le Nord-Ouest et le Nord où chaque habitant boit 6 litres d'alcool, se rencontrent les 29 et 34 °/₀ des contraventions établies. Dans le Sud et le Sud-Ouest, où la consommation est de 2 et 1 litre, les contraventions sont de 4 et 5 °/₀.

Ce sont encore les départements les plus adonnés à l'eau-de-vie qui fournissent le plus de délinquants. Mais les tableaux établis par Claude (des Vosges) ne permettent pas une conclusion aussi absolue. D'autres facteurs que l'alcoolisme doivent intervenir dans la criminalité : le tempérament, les tendances agressives des races, les conditions sociales des grandes villes. C'est ainsi que les populations les plus délinquantes appartiennent à la Corse, aux Bouches-du-Rhône, à la Seine, aux Alpes-Maritimes, à l'Hérault, et les plus sages à la Vendée, aux Deux Sèvres, aux Côtes-du-Nord. Toutefois les viols et les attentats à la pudeur paraîtraient bien en rapport avec la consommation de l'alcool.

Cette marche parallèle entre la criminalité et l'alcoolisme a été constatée à l'étranger. En Irlande, l'influence du père Mathew faisait, dans l'espace de 5 années (1838-1842), diminuer de 5 °/₀ la consommation de l'eau-de-vie; or, le chiffre des délits graves tomba

(1) Tourdot. *Alcoolisme dans la Seine-Inférieure,* Th. Paris, 1886.

(2) Claude (des Vosges). Ouvr. cité, 204.

64.000 à 47.000 ; et au lieu de 59 exécutions capitales, il n'y en eut plus qu'une seule (1). On lira dans le beau livre de M. Peeters des faits analogues pour les autres pays.

D'une façon générale, l'augmentation de la population serait en rapport inverse de la consommation de l'alcool (Claude des Vosges). Le fait serait surtout évident pour la Normandie et le Maine.

L'alcoolisme ne paraît pas avoir eu d'influence bien sensible sur la taille des conscrits. Mais son action semble s'être portée sur la vitalité des habitants des régions adonnées à l'alcool et notamment sur ceux de la Seine-Inférieure et de l'Ille-et-Vilaine, où l'on a constaté, de 1873 à 1888, un accroissement de cas d'exemptions. Les morts accidentelles dues à l'alcoolisme sont relativement assez fréquentes dans les départements alcoolisés et rares dans ceux qui consomment le plus de vin. De même les suicides dus à l'alcoolisme paraissent plus nombreux dans les régions adonnées à l'eau-de-vie ; l'ivrognerie entrerait pour 1/10 (hommes) et 1/25 (femmes) de leurs causes (Socquet).

e) *Statistique de la folie alcoolique.* — Arrivons maintenant à la folie. Une enquête, faite dans les 46 asiles départementaux et embrassant une période d'un quart de siècle, a été publiée par Claude (des Vosges). Il faut noter que les chiffres sont trop faibles de près de moitié, car ils ne comprennent pas les asiles privés, les quartiers d'hospices, etc. . Il résulte de ces recherches que les cas de folie dûs à l'alcoolisme vont nettement en augmentant depuis 1860 ; de 8 à 9 0/0 ils se sont élevés à 16 0/0.

Les asiles, dans lesquels la proportion des alcooliques était la plus forte en 1884-85, étaient ceux de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), du Finistère, du Jura, de la Marne, de la Côte-d'Or. Ceux, dans lesquels cette proportion était la plus faible, étaient ceux de l'Allier, des Basses-Pyrénées, de la Haute-Garonne, de la Lozère, du Gers, de la Haute-Vienne et d'Armentières (Nord). A part le Nord, ce sont les départements où la consommation alcoolique est la plus forte qui contiennent le plus de fous par alcoolisme.

(1) Peeters. *L'Alcool*, Bruxelles.

Lunier (1) avait constaté en 1872 que dans les départements qui ne récoltent pas de vin ni de cidre, mais produisent de l'alcool, la consommation alcoolique s'accroît et, avec elle, le nombre des folies par intoxication. Il en est à peu près de même pour les départements qui, sans récolter du vin, produisent à la fois, du cidre et de l'alcool. Dans ceux qui ne produisent ni vin, ni alcool, mais récoltent du cidre, la proportion des cas de folies alcooliques a atteint le chiffre le plus élevé. Dans ceux qui récoltent à la fois du vin et de l'alcool de vin, la consommation et le nombre des folies alcooliques ne se sont guère accrus. D'une façon générale, la consommation de l'alcool et le nombre de folies alcooliques ont surtout augmenté dans les départements qui récoltent et consomment le cidre. Là où l'on boit du vin blanc et peu de liqueurs spiritueuses (Vendée), les folies alcooliques sont aussi fréquentes que dans les pays où la consommation alcoolique est très élevée. Le mal est surtout grand à Paris. M. Garnier (2) a relevé que durant la période triennale 1874-1876, la moyenne annuelle des délirants alcooliques admis a été de 367,33; et, durant la période de 1886-1888, cette moyenne s'est élevée à 729,64, c'est-à-dire a doublé. Sur 8.139 cas d'aliénation mentale, il y aurait 2,189 folies alcooliques, les plus nombreuses de toutes. Les hommes alcooliques figurent pour 1.813 sujets sur 4.831 aliénés, les femmes pour 576 sur 3.308 aliénées et ne viennent qu'au quatrième rang. Les chiffres prouvent aussi que les cas d'alcoolisme féminin sont de plus en plus fréquents.

Une toute récente statistique, que j'emprunte à l'excellent livre de M. Legrain (3) et qui a été dressée par M. Magnan au bureau de l'Admission de Sainte-Anne, montre que la proportion des alcooliques s'est élevée en quatre ans (de 1887 à 1890), pour les hommes, de 24 °/₀ à 28 °/₀, et, pour les femmes, de 3 °/₀ à 8 °/₀. En 1890 plus du tiers (35,51 °/₀ des entrants) avaient des antécédents alcooliques, lesquels étaient moins fréquents chez les femmes (11,61 °/₀).

(1) Lunier. Du rôle que jouent les boissons alcooliques dans l'augmentation des cas de folie et de suicide. *Ann. méd. psych.*, 1872, VII, 355 et suiv.

(2) Garnier. *La folie à Paris*, 1890, 29.

(3) Legrain. *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, 1895.

M. Joffroy (1) a donné, dans une dernière et intéressante leçon sur l'alcoolisme, le résultat de quelques recherches statistiques poursuivies dans le service de la Clinique à Sainte-Anne. En ne retenant que les malades dénommés alcooliques sur les certificats d'entrée, c'est à-dire en négligeant ceux qui sont reconnus pour tels après leur admission, il a trouvé que, du 1er janvier 1893, au 1er janvier 1894, il avait été séquestré 61 alcooliques sur 182 aliénés, soit une proportion de 33 %.

Il paraît donc évident que les folies alcooliques sont de plus en plus nombreuses et que le nombre s'accroît surtout dans les grands centres et principalement à Paris. Toutefois il est bon de faire remarquer que les statisques fournies par les différents auteurs ne doivent pas être acceptées à l'aveugle. Chez certains sujets, l'ivresse délirante peut durer, deux, trois, cinq jours et plus, et, selon qu'elle se prolonge plus ou moins, elle est ou non considérée comme de l'aliénation mentale et le malade est ou n'est pas séquestré. A partir de combien de jours de délire ce malade sera-t-il considéré comme aliéné ? Chaque médecin a là-dessus son opinion. De plus, l'organisation administrative n'est pas partout la même. Il entre dans les asiles de la Seine des individus qui, en province, purgent leur délire au violon.

*f) Conditions étiologiques diverses.* — Les grandes comotions politiques peuvent jouer un rôle dans la consommation de l'alcool et la production des folies toxiques. Ainsi la proportion des alcooliques admis à Sainte-Anne, en mai 1871 (2), a été de 48 % du chiffre total des aliénés, — alors qu'elle n'est, durant le mois correspondant de 1870 que de 26,92 %, et tandis que en 1872 ces chiffres tombaient à 24.09 % d'hommes et 4,57 % de femmes. En outre, durant la Commune, les cas du délire alcoolique étaient le plus souvent le *delirium tremens*.

On a vu que l'alcoolisme frappe beaucoup plus les hommes que les femmes dans la proportion, qui était de 1 à 5 en 1874-1876 et qui est actuellement de 1 à 6 environ, d'après les chiffres de M. Gar-

(1) Joffroy. Leçon faite à l'asile Ste-Anne.

(2) Bouchereau et Magnan. Statistique des alcooliques entrés au Bureau d'Admission, à Sainte-Anne, etc. *Ann. méd. psych.*, 1872. VII, 53.

nier (1) qui explique cette progression par ce fait que la femme tend de plus en plus à imiter l'homme dans son genre de vie. Si l'adulte est plus souvent la proie de l'alcoolisme, à cause de ses excès plus nombreux, les enfants et les vieillards surtout ne sont pas complètement indemnes. Les nourrissons peuvent aussi être intoxiqués par le lait de leurs nourrices, ainsi que le prouvent les observations cliniques de Charpentier, de Vernay et de moi-même (2).

La profession n'est pas indifférente dans l'étiologie de l'alcoolisme. Il est certain que les métiers pénibles portent à boire. Il y a beaucoup d'alcooliques parmi les marchands de vin, les courtiers en spiritueux, les dégustateurs qui sont atteints même lorsqu'ils n'avalent pas les liquides (3), mais surtout lorsqu'ils goûtent les boissons alcooliques (4). Les cuisiniers, les cochers fournissent aussi beaucoup de sujets à l'intoxication éthylique. Les simples vapeurs d'alcool peuvent rendre malades les fabricants de vernis, les parfumeurs, les marchands de couleurs et les éventaillistes (Lancereaux (5). Des accidents graves ont atteint des médecins et des garçons de laboratoire, où l'on manipulait des essences et des alcools. Laborde, le savant physiologiste, a été une de ces victimes; dans sa communication à l'Académie (6), il a narré la dramatique observation de son empoisonnement survenu à la suite de ses célèbres expériences. Les accidents dont il a souffert ont été des plus inquiétants, et son rétablissement complet a demandé plus d'une année à s'affirmer. L'alcoolisme est de plus en plus rare dans l'armée, depuis l'abaissement du service à 3 ans, ainsi que parmi les officiers plus instruits, faisant moins souvent campagne et la plupart mariés. Chez les femmes, les alcooliques les plus nombreuses

(1) Garnier. Ouvr. cité, 29.

(2) Ed. Toulouse. Convulsions infant. par alcoolisme de la nourrice. *Gaz. des Hôpitaux*, 1891, 914.

(3) Donnet. De l'intoxication professionnelle des dégustateurs de vins et de liqueurs. *Ann. méd. psych.*, 1887, V, 70.

(4) Marandon de Montyel. De la dégustation des vins de Bourgogne. *Ann. méd. psych.*, 1887, V, 79.

(5) Lancereaux. *Gaz. méd. de Paris*, 1865.

(6) Laborde et Magnan. *L'alcool et sa toxicité*, ouvr. cité.

sont les prostituées qui fréquemment n'ont pas mangé quand elles sont obligées de boire.

La saison la plus propice à l'éclosion des folies alcooliques serait, d'après les recherches de M. Garnier (1), le printemps qui agirait par cette « effervescence » spéciale qui rend cette période de l'année si dangereuse pour l'exacerbation de toutes les maladies générales.

L'alcool, pris à jeun ou par des personnes qui se nourrissent peu et mal, est d'autant plus funeste. Il n'est pas nécessaire de se griser pour avoir un accès de délire. Une petite dose journalière apparemment bien supportée par le sujet est la meilleure recette. Et Lasègue a pu dire, sous une forme paradoxale : « L'alcoolique est un homme qui ne s'enivre pas » (2).

Mais la meilleure condition pour que le poison agisse sur le cerveau, c'est la prédisposition vésanique. Tous les observateurs sont d'accord là-dessus (3). Tel est sensible à l'alcool par son système nerveux, comme tel autre le sera par son foie ou par ses reins. Lasègue () disait que pour devenir alcoolique, il fallait être un héréditaire ou un cérébral, c'est-à-dire *alcoolisable* (4). On sait qu'un des stigmates morbides que présentent les enfants d'aliénés et surtout ceux d'alcooliques, c'est l'appétence à l'alcool (5).

*g*) *Formes de l'intoxication alcoolique.* — L'intoxication alcoolique se manifeste de plusieurs façons. Tout le monde connaît le phénomène de l'ivresse avec ses trois périodes : excitation initiale, ébriété avec langage incohérent, ataxie et faiblesse musculaire, et enfin période comateuse. Dans quelques cas cette ivresse, au lieu de se dissiper en une nuit, se prolonge et s'accompagne d'excitation maniaque [illegible] (Percy), ou des halluci-

le plus souvent, mais non pas nécessairement, que le sujet soit imbibé par le poison et présente des troubles digestifs, des tremblements et autres lésions somatiques. Dans ce cas, un jour, à l'occasion d'un excès nouveau ou de la suppression de la dose habituelle d'alcool, d'un refroidissement, d'une maladie fébrile, d'un traumatisme, d'une émotion, il peut être pris de *delirium tremens* qui est un délire suraigu hallucinatoire avec inconscience, gestes désordonnés, paroles incohérentes et parfois fièvre d'un mauvais pronostic (Magnan).

Mais les troubles mentaux n'ont pas toujours cette acuité. Alors c'est le délire alcoolique subaigu, avec ses caractères bien connus. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont à peu près constantes; mais celles des autres sens ne sont pas rares. Les premières sont d'une grande mobilité. Les personnages, souvent des animaux, vont, viennent d'un bout de la pièce à l'autre, traversant les murs, grandissant, diminuant, tout cela avec une grande rapidité. C'est surtout en cela que ces troubles psychiques se rapprochent du rêve (Lasègue) et l'on pourrait dire du cauchemar, car en général les scènes auxquelles assiste le malade ne sont pas gaies. Ce sont des insectes qui courent sur sa peau ou des fauves qui veulent le dévorer, des assassins qui se précipitent sur lui, tirant des coups de pistolet ou le menaçant du couteau.

L'actualité et les idées professionnelles du malade fournissent les détails du délire. Ainsi, après chaque crime retentissant, plusieurs alcooliques s'accusent de l'avoir commis ou racontent y avoir assisté, formant ainsi une classe importante parmi les aliénés auto-accusateurs (Joffroy [1]). Les marchands de vin servent à boire aux clients, les cochers fouettent leurs chevaux et se querellent avec eux et bien souvent les maris accusent leurs femmes de leur être infidèles. Un autre caractère de ces troubles mentaux et de ces hallucinations c'est de revenir le soir avec une nouvelle intensité. Enfin ce délire peut parfois provoquer de l'excitation comme des périodes de dépression mélancolique où les hallucinations de l'ouïe jouent souvent un rôle pathogénique. Ajoutons

(1) Joffroy. *Les récits imaginaires,* Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, le 11 déc. 1894.

encore que parfois les alcooliques subaigus tombent dans un état de stupeur que M. Garnier (1) a décrit et dont j'ai rapporté une observation (2).

En général, ces phénomènes morbides durent quelques jours et se dissipent assez rapidement. Mais l'alcool, qui jusqu'ici a été assez reconnaissable, peut aussi provoquer des troubles mentaux où sa signature est absolument illisible. C'est ainsi que les prédisposés (3) manifestent parfois, à l'occasion d'un excès peu important et en dehors de toute longue intoxication, un délire plus ou moins systématisé et chronique, de persécution par exemple (Magnan). Mais dans ce cas, le malade tire tout de son propre fonds et l'alcool n'agit que comme une tasse de café qui exciterait son imagination délirante.

On ne doit pas non plus considérer la dipsomanie comme produite par l'alcoolisme. Elle est un penchant morbide à boire qui s'observe chez les dégénérés (Magnan (4). Cet appétit survient par crises, est plus ou moins irrésistible et ne rend pas ordinairement ivrogne. Les dipsomanes ont même parfois, en dehors de leurs accès, du dégoût pour les boissons alcooliques.

Tous les alcools sont susceptibles de provoquer des attaques d'épilepsie chez les sujets prédisposés. Mais l'essence d'absinthe semble jouir de propriétés consulsivantes particulières, bien mises en lumière par M. Magnan (5) et qui peuvent même se manifester en dehors de toute prédisposition particulière. D'autres liqueurs sont, comme on l'a vu plus haut, capables des mêmes méfaits, le bitter et le vermouth par l'acide salicylique et le salicylate de méthyle, la liqueur de noyau par la benzonitrile et l'aldéhyde salicylique. Enfin certaines eaux-de-vie peuvent encore être incriminées : on sait en effet, depuis les belles expériences de

(1) Garnier. *La folie à Paris*, 1890, 138.

(2) Ed. Toulouse. Stupeur cataleptiforme dans le délire alcoolique aigu. *Tribune médicale*, 1894, 108.

(3) Legrain. *Hérédité et alcoolisme*, 1889.

(4) Magnan. Leçons cliniq., sur la dipsomanie. *Leçons clin.*, ouvr. cité, 1893, 87.

(5) Magnan. *Recherches sur les centres nerveux*, 1893, 23 et suiv.

MM. Laborde et Magnan, que les alcools de grains contiennent l'aldéhyde salicylique et l'aldéhyde pyromucique ou furfurol jouissant de propriétés très convulsivantes. Ces auteurs ont montré, les premiers, comment les alcools du commerce pouvaient produire des effets analogues, quoique moins intenses, à ceux de l'absinthe ; et ils ont même trouvé le corps du délit, l'agent convulsivant. Dans des expériences inverses, ils ont prouvé que ces alcools, très dangereux à cause de certains éléments dont le furfurol est un des plus importants, pouvaient être, par des rectifications, débarrassés de ces agents toxiques et être en fin de compte ramenés au type chimique et physiologique de l'alcool éthylique. Ces produits complexes appelés alcools de grains n'étaient donc convulsivants que parce qu'ils contenaient du furfurol ou de l'aldéhyde salicylique.

D'après M. Klippel (1) la pathogénie du délire alcoolique devrait être recherchée dans des lésions constantes de nature dégénérative produites par l'action de l'alcool, fond sur lequel se grefferaient d'autres lésions en rapport avec la forme du délire, qui deviendrait ainsi *para-alcoolique*. Dans certains cas de *delirium tremens*, il pourrait y avoir de l'auto-intoxication provenant de l'insuffisance hépatique (2). Le délire subaigu éclaterait parfois aussi sous l'influence des troubles digestifs.

L'alcoolisme chronique peut enfin aboutir progressivement à une déchéance intellectuelle qui est la démence.

*h*). *Pseudo-paralysie générale alcoolique.* — Parfois l'alcoolisme simule la paralysie générale. Un malade présente de l'embarras de la parole, du tremblement des mains et de la langue, un affaiblissement psychique prononcé et a des idées absurdes de grandeur. On pense à la paralysie générale et puis, peu à peu, le malade revient à la santé mentale. Mais parfois aussi c'est de la vraie paralysie générale.

Cette question de l'étiologie alcoolique de la démence paralytique a été très agitée dans ces dernières années. On sait que l'alcoolisme

(1) Klippel. *De la pathogénie du délire alcoolique*. 4e Congrès de méd. ment. Session de la Rochelle.

(2) Klippel. De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques. *Ann. méd. psych.*, 1894, XX, 262.

était considéré au commencement de ce siècle, par Bayle et Calmeil, comme un des facteurs principaux de la paralysie générale. Esquirol (1) disait aussi que la *paralysie compliquant la folie* était plus fréquente chez les aliénés livrés à des excès vénériens et adonnés aux boissons alcooliques. Marcé (2) plus tard indiqua nettement cette origine et montra que le diagnostic de ces cas n'est pas toujours facile, attendu que l'alcoolisme chronique détermine aussi des symptômes (affaiblissement intellectuel, tremblement des lèvres et des mains, embarras de la parole) qui peuvent se dissiper sous l'influence de l'abstinence.

Jusqu'à cette époque, la paralysie générale était envisagée par les élèves et les successeurs d'Esquirol, se séparant sur ce sujet du maître, comme une entité morbide nettement définie. Cependant, en 1853, M. J. Falret (3) avait décrit à côté d'une paralysie générale type essentielle, des complexus symptomatiques d'apparence assez semblable — puisqu'il les appelait aussi des paralysies générales nerveuses, saturnines, mercurielles et alcooliques — mais en différant par certains symptômes et leur évolution. A la même époque, Lasègue (4) s'attachait à différencier l'alcoolisme chronique de la paralysie générale. Or, en 1870, Nasse décrivit ces faits d'alcoolisme chronique simulant la méningo-encéphalite, mais s'en éloignant par certains caractères et surtout par la guérison possible ; il proposa de les appeler des *pseudo paralysis è potu*.

Plus tard, en France, M. Moreaux (5) s'occupa de ces états morbides qui se distinguaient des paralysies générales vraies par la rémission. A la même époque, M. Régis (6) publiait un mémoire où il admettait l'existence d'une pseudo-paralysie générale alcoolique

(1) Esquirol. *Des maladies ment.*, 1838, II, 272.

(2) Marcé. *Traité pratique des malad. ment.*, 1862, 475.

(3) J. Falret. *Rech. sur la folie paralyt. etc.*, 1853.

(4) Lasègue. *Alcoolisme chronique.* 1853, In. *Études médicales,* 1884, II, 414 et suiv.

(5) Moreaux. *Marche de la paralysie générale chez les alcooliques*, Th. Paris, 1881.

(6) Régis. Pseudo-paralysie générale alcoolique. *Ann. méd. psych.*, 1881, VI, 236.

causée par des troubles fonctionnels (probablement circulatoires) de l'encéphale et curables, opinion qui fut développée par M. Lacaille (1) et acceptée par Ball dans une de ses cliniques. L'exposition de ces idées provoqua diverses thèses (2) et enfin une discussion publique au Congrès de médecine mentale de Lyon, où M. Rousset lut sur l'histoire de cette question un rapport très complet que l'on consultera avec fruit pour la bibliographie, et à laquelle prirent part divers médecins, notamment MM. Magnan, Régis, Joffroy, Charpentier, Mairet, Christian, etc.

Il est utile de dire quelques mots de chacune des opinions principales formulées sur ce sujet par les aliénistes. La plus ancienne, exprimée par Bayle, Calmeil, Marcé, est que l'alcoolisme peut produire la paralysie générale. M. Magnan (3), qui a bien défendu cette manière de voir au Congrès de Lyon, faisait remarquer que, parmi les alcooliques pouvant, à un moment donné, simuler la paralysie générale par l'embarras de la parole, l'affaiblissement intellectuel et des conceptions délirantes absurdes de grandeur, deux groupes étaient surtout à considérer. Dans le premier, les sujets se remettaient en peu de temps, mais restaient toujours affaiblis et s'acheminaient lentement vers la démence. Dans le second, les malades présentaient des symptômes plus accentués et plus tenaces ; le retour à un état mental satisfaisant était plus rare; la paralysie générale était l'aboutissant final et ne se distinguait des autres démences paralytiques par aucun symptôme essentiel. Les hallucinations de la vue pouvaient persister et attester ainsi l'étiologie. M. Magnan ajoutait que les processus de l'alcoolisme chronique, aboutissant à la stéatose (démence) et à la sclérose (méningo-encéphalite-interstitielle diffuse), produisaient naturellement dans le cerveau les deux groupes de lésions qu'il provoque ailleurs.

(1) Lacaille. *De la pseudo-paral. génér. alcool.* Th. Paris, 1881.

(2) Blache. *Étude sur les pseudo-paral. génér.* Th. Lyon, 1884. — Roques. *De l'alcoolisme et de la paral. génér. dans leurs rapports réciproques.* Th. Paris, 1891.

(3) *Congrès annuel de méd. mentale* (Session de Lyon), *C. R.*, 1892.

(4) *Congrès annuel.* Session de Lyon 1891, etc. *C. R.* 1892, 105 et suiv. — Magnan et Sérieux, La paralysie générale (*Encycl. des Aide-mémoire*).

De son côté, M. Garnier (1) avait montré que l'alcoolisme et la paralysie générale augmentaient de fréquence, à Paris, dans une marche absolument parallèle. A Rouen, M. Dubuisson (2) avait relevé ceci que, de 1853 à 1889, il était entré à l'asile de Quatre-Mares 1574 paralytiques généraux, sur lesquels 745 l'étaient devenus grâce à l'alcoolisme, seule cause probable. Mais cette statistique, établie sur des renseignements étrangers et anciens, non contrôlés par son auteur, n'est pas à l'abri de toute critique.

Un élève de M. Magnan, M. Berbez (3), a apporté dernièrement à l'appui de l'opinion de son maître des arguments cliniques intéressants ; il a cherché sur un nombre considérable de cas tous ceux où, la paralysie générale étant certaine, il n'existait aucune autre cause probable de cette maladie que l'alcoolisme chronique, c'est-à-dire aucune prédisposition, névropathique ou congestive, apparente, ni traumatisme, ni syphilis ancienne. Dans ces observations, on voit les alcooliques tomber peu à peu dans la démence paralytique. Rappelons aussi que les expériences tentées par MM. Mairet et Combemale (4), d'une signification douteuse, sembleraient prouver que l'alcoolisme chez le chien est capable de provoquer une sorte de paralysie générale ? Enfin il faut ajouter que, dans l'hypothèse de l'étiologie alcoolique de la paralysie générale, la prédisposition ne perdrait pas ses droits ; elle a été bien mise en relief par M. Joffroy (5), qui pense que seuls les alcooliques prédisposés cérébralement versent dans la paralysie générale ou dans la démence. Dans une série de leçons, ce professeur s'est efforcé de prouver combien les tares héréditaires étaient nombreuses et fréquentes chez les paralytiques ; l'alcoolisme ne serait, en définitive, qu'un agent provocateur de la paralysie générale. M. Camuset (6) croit aussi que l'alcoolisme n'est qu'une cause occasionnelle.

A tous ces faits, qui tendent à mettre en lumière le rôle étiologi-

(1) Garnier. *La folie a Paris*, 1890, 49 et suiv.

(2) *Congrès annuel de médec. ment.*, (Session de Rouen) *C. R.* 1894, 18 et suiv.

(3) Berbez. *De la paral. génér. due aux excès alcooliques*, Th. Paris. 1893.

(4) *Académie des sciences*, 12 mars 1888.

(5) Joffroy. *Congrès annuel*, etc. *C. R.* 1892, 172.

(6) Camuset. *Congrès annuel*, etc. C. R. 1892, 154.

que plus ou moins absolu de l'alcool, des contradicteurs opposent d'autres arguments et une autre manière de voir. D'abord, disent-ils, l'alcoolisme ne marche pas de pair avec la paralysie générale. Ainsi, les contrées où l'on boit le plus (la Suède, l'Écosse, l'Irlande), seraient celles où les paralytiques seraient les moins nombreux (Ball)(?). Il est vrai aussi que les plus sobres, comme le midi de la France, l'Espagne, la Grèce, seraient réputées comme étant peu ravagées par la paralysie générale, et que, à l'asile d'Aix, M. Meilhon (1) a trouvé sur 498 Arabes, en général tempérants, seulement 13 paralytiques généraux, soit la proportion infime de 2.61 °/₀. D'après M. Régis (2), un établissement privé de Bordeaux aurait reçu en 20 ans, 533 malades, dont 164 paralytiques généraux, soit 30,76 °/₀, et seulement 27 alcooliques, soit 6,41 °/₀. En Suisse, après l'exécution de la loi sur le monopole fédéral des boissons spiritueuses, les alcooliques ont diminué de nombre, mais pas encore les paralytiques généraux (3). Donc si à Paris la paralysie générale marche de pair avec l'alcoolisme, cela ne paraît pas aussi évident ailleurs. Le rapport de cause à effet entre les deux maladies, s'il n'est pas infirmé, n'est tout au moins pas absolument confirmé par les statistiques. Et cependant la clinique donne bien l'impression que ce rapport est étroit.

Au point de vue anatomo-pathologique, le rapport qui rattache à l'alcoolisme, maladie générale sclérogène, la démence paralytique considérée jusqu'ici sans discussion comme une méningo-encéphalite interstitielle, a été mis en doute par MM. Joffroy (4), Klippel (5) Pierret (6) (ce dernier surtout pour des raisons de physiologie pathologique), et Rendu (7), qui tous inclineraient à admettre que les lésions primitives, dans la paralysie générale, atteignent les cellules nerveuses et sont donc des processus initialement paren-

(1) Meilhon, Contrib. à l'étude de la paralysie générale considérée chez les Arabes. *Ann. méd. psych.* 1891, XIII, 385.

(2) *Congrès annuel*, etc. C. *R.* 1892, 111.

(3) Id. Ladame. 144.

(4) *Congrès annuel* etc., *C. R.* 1892, 171.

(5) Klippel et Azoulay. *Arch. de Neurol.*, 1894, 81 et suiv.

(6) *Congrès annuel*, etc., *C. R.* 1892, 173.

(7) *Soc. méd. des hôpit.*, 10 juin 1892.

chymateux, — ainsi qu'il résulte aussi de travaux déjà poursuivis en Allemagne sur ce point.

On sait encore que l'alcoolisme est parfois un symptôme de la paralysie générale et peut être pris pour la cause, attendu que le diagnostic symptomatique de cette affection ne peut se faire que lorsque la lésion anatomique est déjà ancienne (1). On a dit encore que l'alcoolisme ne produisait pas (2), ou que rarement (3), la vraie paralysie générale. Il provoquerait des complexus symptomatiques qui s'en différencieraient par certains caractères, et principalement par la longue durée de la maladie, les rémissions fréquentes, les guérisons (Régis) (4), le début fréquent par un *delirium tremens* et des troubles paralytiques consécutifs aux attaques et plus ou moins durables (Mairet) (5).

A cela les adversaires de ces pseudo-paralysies générales répondent : la plupart des caractères donnés de cette affection sont des symptômes de démence organique communs chez les alcooliques, et notamment les attaques congestives avec parésies musculaires, l'évolution de la maladie procédant par à-coups à mesure que des foyers d'hémorrhagie ou des ramollissements se créent dans l'encéphale. En somme, ces pseudo-paralysies générales seraient surtout des pseudo-diagnostics (Pierret). (6) Il s'agirait là de démences organiques simulant plus ou moins bien la paralysie générale et comprenant toutes sortes de maladies et de lésions diverses, hémorrhagies, ramollissements cérébraux, dégénérescence mentale. Toutefois, dit M. Ballet (7), on pourrait garder cette étiquette, analogue à celle du pseudo-tabes alcoolique, comme étant utile à l'étude et pour mettre en garde les cliniciens contre les erreurs de diagnostic.

(1) A. Marie. *Congrès annuel*, etc., *C. R.*, 1892, 124.

(2) A. Voisin, *Leçon clin. sur les mal. ment.*, 1883.

(3) Christian. Recherch. sur l'étiologie de la paral. génér. chez l'homme, *Arch. de Neur.*, 1887, XIV, 216. — Ritti. Etiologie de la paralysie générale, *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1883, n° 43.

(4) *Congrès annuel*, etc. *C. R.* 1892, ouv. cité, 115

(5) *Congrès annuel*, etc. *C. R.* 1892, ouv. cité, 128.

(6) Pierret. *Lyon médical*, 1890, n° 24.

(7) *Congrès annuel*, *C. R*, 1892, 178.

Mais voilà une troisième opinion formulée par M. Charpentier (1), qui pourrait arranger tout le monde ou du moins tous les faits, plus accommodants que les personnes. Ce médecin part de cette vérité clinique que certains malades ressemblent à des paralytiques généraux et cependant guérissent, échappant ainsi à l'observation du médecin qui ne peut pas dire si ce sont des alcooliques ou des paralytiques. Mais, à côté de ces sujets, il y en a d'autres qui, après un certain temps de maladie, meurent. A l'autopsie, on trouve tantôt des lésions viscérales (inflammation et stéatose) dues à l'alcoolisme, et tantôt les altérations caractéristiques de la paralysie générale, mais sans que les autres organes présentent les stigmates attribuables à l'alcool ; et cependant tous sont morts assez rapidement, et durant leur vie il était impossible d'arrêter un diagnostic, soit sur l'alcoolisme, soit sur la paralysie générale. Il semble donc, d'après ces faits, que l'alcoolisme peut produire tantôt les lésions de la paralysie générale, sans d'autres altérations viscérales, et tantôt le complexus clinique de cette maladie, sans les altérations spéciales de l'encéphale. Il pourrait donc y avoir des syndromes cliniques semblables à celui de la paralysie générale à lésion et sans que les altérations connues de cette maladie soient constatées dans les centres nerveux. Or, diverses maladies infectieuses (syphilis), certaines intoxications (plomb), présentent aussi des syndromes paralytiques. Il faudrait peut-être admettre qu'il n'y a pas une paralysie générale, mais plusieurs, variables dans leurs causes, leurs symptômes, leur évolution et leurs lésions encéphaliques.

Cette hypothèse a pour elle ce fait que plus on poursuit l'étude des lésions anatomiques de la paralysie générale, plus on se rend compte que les signes, donnés comme caractéristiques de cette maladie, ne se retrouvent pas constamment dans les cerveaux des paralytiques et se retrouvent par contre ailleurs (2). Peut-être même les lésions seraient différentes selon les variétés de paralysies générales (3). Mais s'il n'y avait pas une paralysie générale anatomi-

(1) *Congrès annuel, C. R.* 1892, 129 et suiv.

(2) H. Dagonet. *Traité des maladies mentales*, 1894, 607 et suiv.

(3) Klippel. Caractères histologiques différentiels de la paralysie générale, *Arch. de médecine expér.*, 1er septembre 1891, n° 5.

que essentielle et si, d'autre part, son syndrôme pouvait être donné par d'autres états morbides qui évolueraient de diverses façons, il faudrait admettre que l'entité de cette maladie est fortement ébranlée. Cependant, avant de détruire un dogme d'apparence aussi solide, des arguments plus convaincants sont nécessaires.

2. Thé. — A côté de l'alcool doivent être rangés le thé, le café, la coca, et tous les autres aliments d'épargne. Ils créent à la longue un état de faiblesse irritable et ne réparent pas les désordres anatomiques. On a rarement l'occasion d'observer des troubles mentaux nettement en rapport avec ces intoxications. Ils apparaissent souvent chez les dégustateurs professionnels de thé (1), qui n'existent pas chez nous. En Angleterre et en Amérique, le théisme chronique ferait des ravages inquiétants. Il est des gens qui prennent 1 litre et plus de thé par jour. Parmi les symptômes décrits, il faut relever la dépression physique et psychique, l'insomnie, les cauchemars, les tremblements, la céphalalgie physique et des hallucinations surtout de l'ouïe, — c'est-à-dire les caractères ordinaires des intoxications chroniques.

3. Hachisch. — On n'a guère l'occasion dans nos contrées d'étudier les effets du hachisch. Aussi, depuis le remarquable mémoire de Moreau (de Tours) (2), la littérature médicale française ne s'est guère enrichie de travaux nouveaux.

Ce poison est consommé surtout dans l'Inde, l'Egypte, et depuis quelque temps, en Amérique (3). On peut le fumer, et dans ce cas les phénomènes sont moins graves et consistent surtout dans l'apparition d'un état mélancolique ; ou le manger, sous la forme de dragées et de bonbons, et alors les troubles hallucinatoires surviennent facilement, et une variété de démence est à craindre. L'intoxication aiguë est comme toujours une ivresse hallucinatoire.

(1) Eloy. *Union médicale*, 1886, XLI. 917.

(2) Moreau (de Tours) *Du hachisch. et de l'aliénation mentale*, 1845.

(3) Ireland. *The alienist and neurologist.*, 1893.

4. Tabac. — Il n'est pas de question plus controversée que celle de l'action du tabac sur l'intelligence. C'est que beaucoup sont dans ce débat juges et parties. A entendre certains médecins, plus moralistes qu'hommes de science, le tabac serait la cause de tous les maux, de l'augmentation des cas de folie, de la diminution des naissances, d'une déchéance physique et mentale de la race.

Mais voyons les faits (1). Il est inutile de rappeler ici les troubles d'origine nicotinique des organes autres que le cerveau, par exemple l'angine de poitrine et les diverses affections du système nerveux. Au point de vue qui nous occupe, on considère l'habitude le nicotinisme selon qu'il est aigu ou chronique. Tout le monde ou à peu près connaît les symptômes de l'intoxication tabagique : le mal de tête, la sensation de vertige, les nausées, les sueurs profuses qui suivent la première cigarette. Ce n'est que dans les cas très graves (2) qu'on observe du délire ; mais alors la mort survient. Lorsque le sujet guérit, il tombe, après une période d'excitation, dans une sorte de coma, dont il sort le plus souvent indemne au point de vue psychique. Il n'y a donc pas à proprement parler de délire nicotinique aigu ou subaigu, analogue à celui produit par l'alcool. Quand les personnes en font un usage habituel, le résultat ordinaire du tabac sur elles est d'exciter les fonctions intellectuelles, comme le café, le thé ou le chanvre indien (1). Toutefois, l'effet immmédiat est de provoquer une sorte d'ivresse légère, qui se manifeste par un certain trouble dans les idées, un état de torpeur, de calme, de sédation qui a fait attribuer au tabac le rôle d'excitant, qu'il joue certainement. Car après cette phase d'engourdissement, les idées paraissent s'éclaircir, et le travail intellectuel devient plus facile au point de provoquer le soir de l'insomnie. C'est du moins l'effet que j'ai constaté sur mes amis et moi-même.

L'usage quotidien du tabac détermine, comme toutes les intoxi-

(1) Rouillard. *Effets du tabac sur l'intelligence et en particulier sur la mémoire*, *Encéphale*, 1886, 336.

(1) Foussard. Empoisonnement par la nicotine et le tabac. *Thèse de Paris*, 1875.

(2) Ch. Richet. Les poisons de l'intelligence. *Revue des deux mondes*, 1877, XIX, 823.

cations chroniques par les excitants du système nerveux, un état de faiblesse irritable chronique et même des délires (1).

M. Kjellberg (2) a décrit une psychose nicotinique qui aurait une marche régulière. Elle se manifesterait principalement par un sentiment de faiblesse et d'impuissance et s'accompagnerait d'hallucinations, d'idées fixes et d'impulsions au suicide. Dans les descriptions de cet auteur, on ne trouve rien de bien caractéristique. Ce sont des troubles mentaux assez complexes, mais assez banals. Cet auteur insiste sur les hallucinations et sur la paresse des processus psychiques, phénomènes qui paraissent plus en rapport avec l'action nicotinique.

On accuse le tabac de produire à la longue de l'affaiblissement de la mémoire (3), qui se manifesterait souvent par une réduction progressive du vocabulaire Ballet (4). Mais il n'est pas commode de se faire une opinion sur ce point, tant les documents paraissent jetés dans le débat avec une ardeur de sectaire. La paralysie générale a été citée aussi comme pouvant être l'aboutissant du nicotinisme chronique. Jolly (5) faisait de ce dernier, avec quelque exagération, la cause essentielle de la paralysie générale ; il cite à l'appui de cette affirmation aventurée le cas d'un malade qui guérit par l'abstinence d'un affaiblissement intellectuel causé par le tabac, mais il ne semble pas que le sujet ait été atteint réellement de paralysie générale. M. Rouillard (6) a fait des recherches pour trouver de nouvelles observations ; il en reproduit une de Krafft-Ebing et une inédite de Vétault. Je vois toutefois que pour confirmer l'opinion de Jolly, il faut un supplément d'enquête.

Qu'est-ce qui agit dans le tabac ? Est-ce la nicotine seule ou d'autres substances contenues dans les feuilles de cette solanée ? M. Rouillard (7) fait remarquer que les tabacs d'Orient et de la Havane, qui contiennent moins de nicotine (2 °/₀) que le *caporal* français

(1) A. Voisin. *Leçons cliniques*, ouv. cité, 288.

(2) In *Ann. méd. psychol.*, 1890, XII, 446 et suiv.

(3) Rouillard. *Essai sur les amnésies*, th. Paris, 1885, 187 et suiv.

(4) Ballet. *Le langage intérieur*, 1886, 118.

(5) P. Jolly. *Le tabac et l'absinthe*, 1875

(6) Rouillard. *Effets du tabac*, ouv. cité, 351.

(7) Id. Ibid., 355.

(7,36 °/₀) sont pourtant plus dangereux ; mais cela n'est pas parfaitement établi. Il est probable que la nicotine n'est pas seule en cause ; aussi la plupart des expériences, faites en vue d'établir l'action du tabac et pour lesquelles on ne s'est servi que de son alcaloïde, ont une signification d'une portée restreinte.

La manière dont on use du tabac a son importance. En fumant, ce sont principalement les produits de décomposition par le feu qui sont dangereux, la pyridine par exemple. L'habitude de priser qui est surtout féminine et sénile peut avoir les mêmes effets que celle de fumer. Mais la chique est encore la plus dangereuse, car elle facilite l'absorption d'une plus grande quantité de tabac. Enfin, il semblerait que la suppression de l'habitude nicotinique pourrait provoquer chez certains sujets quelques troubles nerveux, comme cela s'observe chez les sevrés de morphine.

On connaît la statistique de M. Bertillon (1), qui a relevé que, dans une promotion de Polytechnique, le nombre des élèves fumeurs, qui était de 6 dans les 20 premiers rangs, s'élevait jusqu'à 16 dans les 20 derniers. M. Coustan (2) a fait porter cette statistique sur plusieurs lycées et écoles supérieures (navale, normale, des ponts et chaussées, etc...) ; le rang moyen des élèves serait 14,7 pour ceux qui ne fument pas, 19,4 pour ceux qui fument peu et 22,3 pour ceux qui fument beaucoup. De même entre les classements d'entrée et de sortie, ce sont les fumeurs qui perdent le plus grand nombre de rangs.

Comme pour l'alcool, on a essayé (Bourdin) (3) d'établir un rapport entre la consommation du tabac et l'augmentation des aliénés. On consommait en 1880 deux fois plus de tabac qu'en 1840 et dans la même période de temps les aliénés ont plus que triplé de nombre. Mais il est clair que l'on pourrait établir ce rapport de l'accroissement des cas de folie avec celui de la plupart des objets de consommation (aliments, vêtements, chaussures, etc...), ce qui revient à dire que la richesse est aujourd'hui plus grande et que chacun dépense davantage.

(1) Bertillon. *Bull. de la Soc. contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques*.

(2) Coustan. *Effets du tabac*, ouv. cité, 344 et 345.

(3) Bourdin. *Effets du tabac*, ouvr. cité, 346.

Dans l'intoxication nicotinique, il est un facteur individuel qu'il est nécessaire de mettre en lumière. On a cru remarquer que les fumeurs étaient inférieurs en puissance de travail et en intelligence aux abstinents. Est-ce parce qu'ils fumaient qu'ils étaient moins bien doués, ou est-ce parce que leurs facultés intellectuelles étaient moins brillantes qu'ils usaient et abusaient du tabac? La question a son importance, et je ne sache pas qu'on l'ait résolue. Il est clair qu'un individu dont l'exercice mental est pénible cherchera à exciter artificiellement son système nerveux et aura de la tendance à absorber des substances qui lui permettent d'atteindre ce but. Cela est vrai de la morphine et de toutes les intoxications volontaires : cela est probablement vrai aussi du tabac. D'autre part, il est certain que les professions, où l'on travaille surtout du cerveau, favorisent le développement de ce besoin. Si les étudiants sont la plupart de grands fervents du tabac et de la pipe, c'est peut-être qu'ils en ont plus besoin que d'autres. Une vie oisive peut pourtant aussi pousser au tabac ; et dans ce cas la fille qui passe ses après-midi à fumer ne peut prétexter un travail intellectuel.

Le problème est, on le voit, complexe. Il faut en revenir à cette question : pourquoi fume-t-on? Il est certain que si dans le besoin du tabac l'appétence du système nerveux est une des causes, il y en a d'autres. Certains fument pour occuper leurs lèvres et leurs mains, chez eux l'habitude est purement musculaire, et elle peut être satisfaite par le mâchonnement d'un cure-dents ; d'autres fument — et j'étais de ce nombre quand j'usais du tabac — pour les sensations gustatives et même tactiles que provoque la fumée nicotinique sur la langue et le palais ; d'autres enfin pour l'excitation cérébrale qui survient après. Les besoins ne sont donc pas tous les mêmes en qualité ; ils ne le sont pas non plus en quantité. Quelques-uns se corrigent facilement de fumer, — ce qui était pour eux une simple occupation, qu'une autre fait aisément oublier. D'autres sont en tout comparables aux morphinomanes et ont une impulsion plus ou moins irrésistible à fumer. Ceux-là sont très probablement des névropathes ; on a même décrit une véritable dipsomanie tabagique.

Malheureusement ce point spécial de la constitution névropathique du sujet n'a pas encore attiré beaucoup l'attention des sta-

tisticiens. Cependant M. Venturi (1) a cru remarquer que les aliénés et principalement les incurables, les imbéciles, les épileptiques, les déments, prisaient plus que les hommes raisonnables. Et M. Rouillard a observé, dans le service de la Clinique à Sainte-Anne, qu'il y avait proportionnellement plus d'aliénés fumeurs que d'hommes sains, mais qu'ils consommaient moins de tabac que la moyenne des gens en liberté, probablement à cause de leur manque d'argent.

5. Morphine. — L'opium et la morphine sont, comme l'alcool et aussi le tabac, des poisons sociaux. Du premier je ne dirai pas grand chose, car son usage est resté encore cantonné dans les pays de l'Extrême-Orient. Cependant les mangeurs d'opium ont été observés en Europe depuis longtemps, et l'on dit même que le cardinal de Richelieu était opiophage. Au commencement du siècle, le mal devait être assez répandu en Angleterre, comme le prouve le curieux livre de Thomas de Quincey (2), qui raconta ses impressions de mangeur d'opium et les luttes qu'il eut à soutenir contre sa passion. On peut ranger à côté des opiophages ceux qui, dans un but thérapeutique et pour se déshabituer de la morphine, se mettent à prendre de l'extrait thébaïque et du laudanum.

Les fumeurs d'opium ne se rencontrent guère qu'en Asie. Il existe bien à Paris quelques cercles où des fumeurs se réunissent ; mais ce vice ne s'est pas encore répandu dans le public. Ces deux manières de s'intoxiquer, en mangeant et en fumant l'opium, ne nous intéressent guère, puisque chez nous elles sont exceptionnellement la cause des troubles mentaux. D'ailleurs, d'après les voyageurs compétents (3), ces deux modes d'intoxication seraient les moins dangereux et leurs conséquences pathologiques ne seraient pas aussi funestes qu'on le croit généralement.

Je cite pour mémoire la morphinophagie. Un malade de Pichon (4),

(1) In *Ann. méd. psychol.* 1886, 262.

(2) Th. de Quincey. Confession of a english opiumeater, *Trad. française*, 1890.

(3) Martin. *L'opium*, 1893.

(4) Pichon. Morphinisme et diathèse, *Ann. méd. psychol.*, 1893, XVII, 213 et suiv.

absorba pendant plusieurs années 30 à 50 centigrammes de chlorhydrate de morphine, qu'il prenait en nature et mâchait.

C'est en 1853 que Wood fit la première injection de laudanum et de morphine, pratique qui fut imitée en France en 1859 par Béhier. Peu à peu cette thérapeutique se répandit et détermina chez certains sujets un véritable besoin artificiel. La morphinomanie était créée ; et après la guerre de 1870, les mémoires sur cette question commencèrent à être publiés, de plus en plus nombreux, d'abord en Allemagne puis en France. On ne peut songer à citer même les principaux, mais il est juste de rappeler les travaux de Zambaco (1), Ball (2), Lancereaux (3), Marandon de Montyel (4), Magnan (5), Pichon (6) et enfin le récent livre de Chambard (7), très documenté, auquel j'emprunte plusieurs renseignements.

Le morphinisme, c'est l'intoxication par la morphine. La morphinomanie, c'est l'impulsion à s'intoxiquer. Bien que cette dernière, sous sa forme paroxystique et intermittente, n'ait pas encore été décrite, et que d'autre part tous les morphiniques succombent à des besoins plus ou moins irrésistibles, il est bon de garder le mot de morphinisme, semblable à celui d'alcoolisme, pour les sujets qui s'intoxiquent habituellement avec l'alcaloïde de l'opium. L'intoxication par la morphine peut être aiguë ou chronique. Aiguë, elle est ordinairement la conséquence d'un essai thérapeutique ; les symptômes délirants y sont rarement observés.

Quelles sont les causes de la morphinomanie ? La première, c'est une constitution névropathique, qui rend tyrannique le besoin d'un jour. Chez les sujets déséquilibrés, de système nerveux facilement dépressible, l'excitation de la morphine devient rapidement une nécessité physiologique de premier ordre. Avec leur singulière

(1) Zambaco. De la morphinomanie, *Encéphale*, 1882.

(2) Ball. Leçons sur la morphinom. *Revue scient.*, 1884.

(3) Lancereaux. Du morphinisme chronique, *Sem. méd.*, 1884.

(4) Marandon de Montyel. Contrib. à l'étude de la morphinomanie, *Ann. méd. psychol.*, 1885, I, 45.

(5) Magnan. Leçons sur la dipsomanie, *Progrès médical*, 1886.

(6) Pichon. *Le morphinisme*, 1890.

(7) Chambard. *Les morphinomanes*, collection Charcot-Debove.

appétence pour toutes les intoxications et leur volonté faible, ils deviennent en peu de temps incapables de renoncer à un médicament qui les excite et les déprime, ce qui amène un nouveau besoin, enfermant ainsi les sujets dans un cercle vicieux. Les antécédents familiaux des morphinomanes sont en général assez chargés ; en consultant les divers recueils qui contiennent des observations de ces malades, on s'en rendra facilement compte.

Les causes occasionnelles qui provoquent la première injection sont des plus diverses. Celle-ci est quelquefois faite dans un but thérapeutique. Il y a peu de temps encore les médecins, dont l'attention n'avait pas été éveillée, abusaient des piqûres dans les services hospitaliers et dans leur clientèle, rendant ainsi involontairement morphinomanes des malades qui demandaient un soulagement à leurs douleurs. C'était jadis l'étiologie la plus fréquente. Il est vrai que le pharmacien est, dans ces cas, souvent coupable de vendre de la morphine sans ordonnance ou sur une vieille ordonnance. D'autres fois c'est un conseil, l'exemple donné par un ami, une maîtresse, un mari. Le morphinisme à deux, époux ou amants, est une forme, qui est aujourd'hui commune, de cette intoxication volontaire. Il est bien rare en effet qu'un morphinomane, qui vit avec une femme, ne lui communique pas son vice. On a vu un mari impuissant agir ainsi dans le but d'éteindre par la morphine les sens de sa compagne plus ardente pour la conserver toute à lui.

Une conversation, une lecture — car il y a déjà toute une littérature spéciale —, une curiosité enfin éveillée ouvre quelquefois la porte de la morphinomanie à des malheureux qu'une douleur physique ou morale, des soucis, une vie désœuvrée rendent une proie facile au poison. Chaque malade devient à son tour un foyer de contagion qui s'étend à deux, trois et plusieurs personnes, à tout un groupe, à une maison, à un cercle, à un atelier. Il existerait même, paraît-il, à Paris, des clubs de morphinomanes. Ce qui est certain, c'est que l'on trouve dans cette ville les facilités les plus grandes pour se procurer tout ce qui est nécessaire aux injections. Les pharmaciens sont d'une tolérance coupable ; on dit même que des médecins donnent à prix d'argent des ordonnances pour faire délivrer le poison. Dans un certain monde, les ravages seraient, assure-t-on, énormes ; et les seringues de Pravaz seraient devenues

entre les mains de quelques mondaines, des bijoux luxueux. Toute une industrie spéciale s'est créée pour satisfaire à ce goût du jour ; et, dans certains hôtels et cafés, il est facile de se procurer une seringue toute chargée. La morphine est donc bien un poison social, et d'autant plus redoutable qu'on peut en dissimuler les effets et que ses ravages peuvent s'étendre beaucoup sans qu'on sans doute.

Au début, c'étaient les classes aisées qui seules étaient atteintes par ce vice ; aujourd'hui ce dernier gagne les classes les plus misérables ; pour acheter de la morphine, des hommes se privent de manger et des femmes se prostituent. On a évalué le nombre des morphinomanes à 60,000 (Ball). Dans les statistiques de Pichon et Lewinstein (1), on voit que le monde médical et pharmaceutique, les diplômés et leurs femmes, les élèves et les garçons de laboratoire fournissent le plus fort contingent, près de la moitié des cas. Après eux viennent les rentiers, commerçants et employés, les domestiques, les militaires et les filles. L'armée coloniale est particulièrement éprouvée ; et il est regrettable que les chefs des troupes de la marine n'usent pas de leur autorité pour lutter avec la dernière énergie contre ce vice, qui menace de faire plus de victimes que le climat et les maladies des pays chauds.

M. Chambard (2) divise la morphinomanie en plusieurs périodes. La première est celle de l'initiation ; le sujet acquiert, au prix des malaises inséparables de la première injection, la tolérance nécessaire à l'usage habituel de la morphine. C'est alors l'âge d'or, la période d'euphorie, de l'intoxication. Le morphinisé a un moyen commode d'endormir ses douleurs physiques et morales ; il se sent, après chaque piqûre, plus dispos, plus gai, plus libre d'esprit, plus actif. Mais, l'accoutumance se faisant peu à peu, le nombre des injections croît de mois en mois, de semaine en semaine ; ce n'est plus 1 ou 2 piqûres par jour, c'est 10, 20, 30 et parfois plus. A chacun des moments où il faut retrouver du ressort, le professeur pour faire son cours, l'avocat pour plaider, la mondaine pour recevoir ses amies, l'écrivain pour s'entraîner à la copie. Ce n'est plus 3 à 4 centigrammes, qui sont nécessaires pour donner la volupté de

(1) In Chambard. Ouv. cité, 39.

(2) Chambard. Ouvr. cité, 45 et suiv.

l'opium, c'est 15, 30, 50 centigrammes, c'est 1 gramme, chiffre atteint dans près de la moitié des cas, c'est même davantage, et jusqu'à 8 grammes et plus. Au prix de la morphine, cela fait annuellement des dépenses qui atteignent vite et dépassent souvent mille francs. A ce moment, la morphinomanie devient, pour le plus grand nombre, une nécessité, un besoin vital ; et c'est aussi l'intoxication chronique, le morphinisme, avec son cortège somatique habituel, les abcès multiples des piqûres, la dénutrition profonde, la cachexie générale qui frappe tous les organes. Bien peu se corrigent alors de ce vice ; et ce n'est jamais qu'au prix d'une lutte pénible, quelquefois terrible, et dont l'issue est toujours incertaine.

Au cours des tentatives de sevrage les symptômes psychiques ont une intensité plus grande que durant l'état de satisfaction. Ils se caractérisent alors surtout par de l'angoisse, un état de dépression avec une grande excitabilité. Les malades ont un désir violent de la morphine et se montrent très agressifs. Quelques-uns manifestent, dans ces moments, des idées de suicide ou de persécution. On a même observé, mais exceptionnellement, la mort au cours de la convalescence (1). Parfois il existe un véritable état d'excitation maniaque avec hallucinations et même des crises convulsives, état qu'on a comparé au *delirium tremens* alcoolique. Tous ces accidents se dissipent avec une injection ; mais ils s'apaisent aussi sans recourir à la morphine. Les désordres psychiques, rattachables au morphinisme chronique ou à son abstinence, sont cependant assez rares. C'est l'opinion de M. Garnier (2). Et certainement on ne peut comparer à ce point de vue la morphine à l'alcool. Les troubles délirants tiennent peu de place à côté des troubles somatiques causés par la morphine chez ceux qu'elle intoxique. Cependant on a décrit une démence cachectique terminale.

6. Cocaïne. — Le morphinisme chronique appelle d'autres intoxications. Parmi celles-là viennent d'abord les empoisonnements, par

(1) Ball. Un cas de morphinomanie se terminant brusquement par la mort. *Ann. méd. psychol.*, 1888, VII, 82.

(2) Garnier. *Ann. méd. psychol.*, 1889, IX, 450 et 451.

les substances opiacées, l'extrait thébaïque, le laudanum, substitués à la morphine. Les malades abusent quelquefois de l'alcool dans un but thérapeutique. Mais le plus souvent ils consomment de la cocaïne, que les médecins employèrent, il y a quelque temps, en injections hypodermiques, pour remplacer la morphine, ce qui a déterminé une intoxication nouvelle. C'est Erlenmeyer qui, le premier, la décrivit. Dans ces derniers temps, les observations publiées sont devenues nombreuses. Au cours d'un premier travail communiqué à la Société de Biologie, MM. Magnan et Saury (1) disaient que le signe prédominant dans le cocaïnisme était les hallucinations de la sensibilité générale, qui survenaient avant les autres troubles sensoriels, et que le délire était consécutif aux hallucinations. Ainsi un malade se plaignait de sentir sa luette tomber et obstruer la gorge; un autre, tourmenté par un prurit incessant, s'arrachait la peau pour retirer les microbes qui s'y étaient logés; un troisième râclait sa langue pour enlever les cristaux de cocaïne éliminés par transsudation. Ces faits-là auraient été signalés par Erlenmeyer et d'autres auteurs allemands, comme le faisait remarquer M. Séglas (2). Pour M. Pichon (3), la cocaïne demanderait un appoint éthylique pour produire des hallucinations, qui pourraient encore se présenter dans le morphino-cocaïnisme, association toxique aboutissant à une véritable maladie nouvelle et plus grave. Les crises épileptiques se rencontreraient aussi dans le cocaïnisme, et l'on sait d'autre part que, dans des expériences physiologiques, M. Laborde (4) a noté des phénomènes d'hyperexcitabilité neuro-musculaire très marqués.

Dans un travail de Mattison analysé par Jennings (5), on remarque que les troubles somatiques de l'intoxication aiguë se montrent aussi dans l'administration locale de la cocaïne (instillations ocu-

(1) Magnan et Saury. Trois cas de cocaïnisme chronique, *Société de Biol.*, 26 janvier 1889.

(2) *Ann. méd. psychol.*, 1889, IX, 447.

(3) *Ann. méd. psychol.*, 1889, IX, 451.

(4) Laborde, Etud. expérim. sur l'action physiolog. de la cocaïne et de ses sels, *Soc. de Biol.*, 12 nov. 1884 et 13 déc. 1885.

(5) Mattison. L'intoxication par la cocaïne, *Tribune médicale*, 1888, 3.

laires, badigeonnages, pulvérisations, injections hypodermiques).

Le danger de cet alcaloïde serait, comme le fait remarquer M. Chambard (1), que son usage ne dispense pas de la morphine, dont les malades continuent à avoir besoin. Les effets toxiques, l'ivresse et l'activité musculaire seraient plus intenses, plus durables, les hallucinations et les troubles délirants plus fréquents que dans le morphinisme simple.

7. Le Chloral a encore été absorbé comme un succédané de la morphine. Kirn et Pichon ont rapporté des cas de cette intoxication volontaire. Mais le chloral a causé des troubles psychiques chez d'autres personnes que chez des morphinomanes. Ces désordres mentaux sont encore peu connus et paraissent consister surtout en de l'affaiblissement intellectuel ; il pourrait parfois simuler une attaque de *delirium tremens* (2).

8. Éther. — L'éthéromanie sévit surtout en Irlande, où il est des individus qui boivent ce poison comme une liqueur spiritueuse. Chez nous, c'est surtout en inhalations que certains sujets, des femmes surtout, en font usage ; mais on observerait aussi des buveurs d'éther, surtout dans la classe élevée (3). Les effets de l'éther sont de déterminer une ivresse agréable, qui peut aller graduellement, si on n'y prend garde, à l'anesthésie générale et même à la mort. Parmi ceux qui font usage de ce poison, on trouve principalement des névropathes, ainsi que le prouvent les observations de MM. Christian (4) et Ritti (5). C'est un vice trop peu répandu ici pour qu'on soit bien fixé sur ses dangers, ainsi que sur ceux de l'*antipyrine*, du *chloroforme*, du *bromure de potassium* et d'autres toxiques dont on a fait quelquefois abus.

### B. — Intoxications thérapeutiques.

Il est naturel de dire maintenant un mot des intoxications déter-

(1) Chambard. Ouvr. cité, 154 et suiv.

(2) Ballet. Délire chloralique, *Société médic. des hôpitaux*, 28 juillet 1893.

(3) Émile Gautier. Les buveurs d'éther. *La Science française*, 1895, 241.

(4) Christian. *Ann. méd. psychol*, 1887, VI, 285.

(5) Ritti. Un cas d'éthéromanie, *Ann. méd. psychol.*, 1888, VII, 55.

minées par une manœuvre nettement thérapeutique, ce qui les rapproche beaucoup de celles que je viens d'examiner brièvement. Mais ici l'élément volonté ne joue plus aucun rôle ; et il s'agit d'une fausse manœuvre médicale.

1. La Digitale provoquerait assez souvent, dit Duroziez (1), des délires qui, se produisant surtout la nuit, passeraient de la sorte inaperçus. Mais dans les cas de ce genre, il est difficile de démêler ce qui appartient à ce médicament et aux produits toxiques élaborés par les malades auxquels on prescrit la digitale.

2. Dans l'Arsénicisme chronique, des troubles mentaux pourraient se produire. On sait d'autre part qu'on a trouvé de l'arsenic dans le cerveau, après des intoxications prolongées.

3. La Quinine aurait aussi été accusée de produire de semblables méfaits. Kiernan (2) a publié le cas de 3 malades, à antécédents névropathiques, qui auraient présenté divers troubles psychiques après l'absorption de petites quantités de quinine.

4. L'Iodoforme (3) est quelquefois cause de certains délires attribués au traumatisme. Ce poison peut, employé sans ménagement sur des plaies absorbantes de malades débiles ou âgés, provoquer des troubles mentaux.

5. Le Sulfate d'atropine, injecté en poudre après une iridectomie, aurait occasionné un délire hallucinatoire (4), qui disparut en peu de jours. Un accident analogue serait arrivé à un individu qui avait absorbé 20 grammes de camphre employé contre un rhume (5). Quelquefois une anesthésie chirurgicale par le chloroforme, l'éther (6) ou le protoxyde d'azote, a provoqué, chez des sujets prédisposés, des troubles mentaux plus ou moins durables.

(1) Duroziez. *Gazette hebdom. de méd. et de chir.*, 1874, n° 49.

(2) Kiernan. The alienist and Neurologist, 1883, july, analysé in *Ann. méd-Psychol.*, 1888, VIII, 147.

(3) Rossignol, *De l'intoxication iodoformique*, th. Paris. 1890.

(4) Kowalewsky. *Ann. méd. psychol.*, 1881, V, 329.

(5) Planat. Obs. d'accès hystér. somnambul. hallucinat., *Ann. méd. psychol.* 1885, I. 224.

(6) *American Journal of Insanity*, 1890.

### C. — Intoxications professionnelles.

1. Plomb. — Les autres intoxications sont d'origine surtout professionnelles. Quelques-unes sont le résultat d'un accident, et je les décrirai dans ce même paragraphe.

Le *saturnisme* est un des premiers empoisonnements professionnels qui ait attiré l'attention des médecins. Le travail le plus complet sur les troubles mentaux dus au plomb est encore celui de Tanquerel des Planches (1) qui date de 1839. Les voies d'absorption du poison sont nombreuses ; mais celles qui jouent le plus grand rôle dans l'étiologie du saturnisme sont les poumons et le système digestif. Cependant la peau est bien souvent aussi la porte d'entrée du toxique. Les pommades, employées pour colorer la barbe ou les cheveux, peuvent causer des désordres psychiques. Témoins ce coiffeur cité par Ball (2) qui fut pris dans ces conditions d'un délire furieux, et cet autre malade de Devouges, qui fut frappé de stupeur dans des circonstances analogues.

Toutes les professions, où l'on manipule des composés plombiques, exposent les individus à des troubles saturnins. Dans un relevé de 72 malades, Tanquerel (3) nota 25 ouvriers des fabriques de céruse et 20 peintres en bâtiments, mais aussi des plombiers, des ferblantiers, des lapidaires et des imprimeurs. Enfin cet auteur aurait même observé du délire dans l'emploi des médicaments saturnins. Les hommes fournissent de par leur métier un contingent plus fort que les femmes ; et l'âge prédisposant est celui de la maturité, c'est-à-dire du travail. Les troubles cérébraux viendraient ordinairement après les autres symptômes, tels que les coliques ou les arthralgies ; cependant ils peuvent survenir d'emblée. Et ce fait montre bien que le terrain n'est pas indifférent ; toutefois Tanquerel (4) disait que les troubles mentaux ne frappaient pas toujours les sujets de constitution délicate ou nerveuse, mais il n'entendait pas comme nous la prédisposition névropathique. Elle n'est

(1) Tanquerel des Planches. *Traité des maladies du plomb*, 1839, II, 249 et suiv.

(2) Ball. *Leçons sur les maladies ment.*, 1880, 96.

(3) Tanquerel. Ouvr. cité, 268.

(4) Id. *Ibid.*, 275.

d'ailleurs pas fatale, et Tanquerel cite le cas de deux anciens aliénés de Bicêtre qui travaillèrent impunément dans des fabriques de céruse et présentèrent des symptômes abdominaux, mais aucun dérangement intellectuel. Les écarts de régime, une mauvaise alimentation, l'alcoolisme, qui est souvent associé au saturnisme, sont des conditions prédisposantes importantes.

Les troubles mentaux, auxquels Tanquerel donna le nom d'encéphalopathie saturnine, sont différents selon qu'ils surviennent dans une intoxication aiguë ou chronique. Dans le premier cas, on constate surtout un état d'excitation maniaque et hallucinatoire assez analogue à celle provoquée par l'alcool, et qui est une véritable ivresse plombique. D'après Ball (1), ces deux formes d'intoxication se rapprocheraient beaucoup par les prodromes, les cauchemars, l'insomnie et les troubles sensoriels. Mais souvent aussi il faut se demander si les troubles observés ne sont pas réellement dus à un appoint alcoolique. Parfois au contraire on observerait un délire tranquille avec de la confusion dans les idées (2). L'intoxication saturnine peut, comme l'alcoolisme, causer la démence. Ball (3) raconte que dans le service de Beau, qui traitait les phtisiques par le carbonate de plomb, certains malades tombaient peu à peu dans un état d'affaiblissement intellectuel, qui pouvait aller jusqu'au gâtisme. Il paraîtrait que dans l'intoxication par le plomb, la démence se montrerait plus rapidement que sous l'influence de l'alcool.

Mais il est une variété de démence, simulant la paralysie générale et qui l'est peut-être — qui a donné lieu, comme celle analogue due à l'alcool, à des discussions nombreuses. L'embarras de la parole avait été déjà signalé par Tanquerel des Planches. Plus tard Delasiauve (4) décrivait une encéphalopathie saturnine qu'il rapprochait de la paralysie générale, opinion sur laquelle il est revenu plus tard, mais que l'on rencontre avec quelques variantes dans la thèse de

(1) Ball. *Leçons sur les maladies ment.*, 1880, 595.

(2) Tanquerel. Ouvr. cité, 285.

(3) Ball. Ouvr. cité, 597.

(4) Delasiauve. Classification et diagnostic différentiel de la paralysie générale, *Ann. méd. psychol.* 1851, III, 621.

M. J. Falret (1), qui inclinait à admettre une paralysie générale d'origine saturnine. Plus tard Devouges (2) essaya de prouver avec des observations, que le saturnisme pouvait produire une paralysie générale qui n'a pas de caractères très spéciaux.

La question fut reprise plus tard par M. Régis (3), qui proposa de classer cette forme morbide dans les pseudo-paralysies générales. Elle présenterait les signes physiques et psychiques propres au saturnisme chronique : liseré gingival, teinte terreuse de la peau, phénomènes convulsifs, troubles de la sensibilité et de la motilité, hallucinations de la vue, idées de persécution et d'empoisonnement — notons en passant la ressemblance de ces signes à ceux fournis par l'alcoolisme —; elle aurait un début brusque, atteindrait du premier coup son apogée et, malgré la gravité des symptômes initiaux, serait essentiellement curable. M. Régis concluait que la paralysie générale saturnine n'existait pas, mais que l'intoxication par le plomb pouvait prendre le masque symptomatique de la paralysie générale d'une manière temporaire.

Depuis cette époque, les cas de saturnisme chronique simulant la paralysie générale se sont multipliés (4). Enfin M. Vallon (5) a, dans un récent mémoire, montré que les prétendus faits de pseudo-paralysie générale saturnine ne sont le plus souvent que des états intermédiaires entre l'intoxication plombique cérébrale et la paralysie générale, qui, lorsqu'elle survient, ne présente aucun symptôme réellement spécial. Le même auteur (6) a observé un cas de véritable démence paralytique chez un saturnin, qu'on aurait pu, si on ne l'avait suivi, diagnostiquer atteint de pseudo-paralysie

(1) J. Falret. Recherches sur les folies paralytiques, etc. *Etude cliniq. sur les malad. ment.*, 1890, 139 et suiv.

(2) Devouges. De la paralysie générale, de la paralysie saturnine, *Ann. méd. psychol.*, 1857, III, 521.

(3) Régis. De l'encéphalopathie saturnine dans ses rapports avec la paralysie générale progressive, *Ann. méd. psychol.*, 1880, IV, 174.

(4) Camuset. Saturnisme chronique simulant la démence paralytique. *Ann. méd. psychol.* 1883, X, 228. Rayner, Robertson, Savage, Atkins, *Journ. of mental sci.*, 1880, 222 et suiv.

(5) Vallon. *Pseudo-paralysies générales saturnine et alcoolique.*, 1894.

(6) Vallon. Congrès annuel des médec. Alién (1892). *C. R. Blois 1895, 259.*

générale. Notons que le plomb, se fixant dans les cellules, produit un ralentissement de la nutrition (1) d'où résultent la goutte saturnine et un état bien semblable en somme à la diathèse arthritique. Il ne serait donc pas étonnant qu'il pût en résulter aussi les lésions anatomiques propres à la paralysie générale.

2. Mercure. — L'hydrargyrisme chronique offre beaucoup d'analogie avec l'alcoolisme chronique. On tend à admettre, depuis les travaux de Charcot, que les troubles de la sensibilité qu'on observe chez les mercuriels, sont de nature hystérique. Les désordres mentaux ne sont pas très étudiés : on a décrit (2) une forme vésanique consistant en de la stupidité observée chez un mineur californien qui séparait l'or de l'amalgame. On a aussi constaté des états démentiels qui peuvent simuler, sans toutefois l'être (3), la paralysie générale.

3. Sulfure de carbone. — Signalés par Delpech (4) et par Marcé (5), puis étudiés plus tard par Huguenin (6), les troubles mentaux, causés par le sulfure de carbone chez les ouvriers qui travaillent le caoutchouc, ont donné lieu à quelques publications, parmi lesquelles celle de M. A. Voisin (7). Cet auteur a observé deux cas où n'existait aucun antécédent héréditaire; la forme vésanique était un délire diffus hallucinatoire avec agitation.

4. L'Acide carbonique a aussi été incriminé comme pouvant provoquer chez les cartonniers des accès de manie transitoire.

5. L'Oxyde de carbone est un gaz plus dangereux. Il frappe souvent les gens vivant près des foyers, d'où il se dégage. M. Paul

(1) Legendre. Ouv. cité, 275.

(2) Chapuis. Aliénat. ment. déterminée par l'exposition aux vapeurs de mercure *Ann. méd. psychol.*, 1867, X, 391.

(3) A. Voisin. *Ann. méd. psychol.*, 1891, XIII, 109.

(4) Delpech. *Académie de médecine*, séance du 15 janv. 1856.

(5) Marcé. *Traité pratique*, ouvr. cité, 148.

(6) Huguenin. Th. Paris, 1876.

(7) A. Voisin. *Ann. méd. psychol.* 1884, XI, 452.

Moreau (de Tours)(1), a décrit cette folie des cuisiniers, qui consisterait, après une période prodromique assez longue, en un délire de persécution avec hallucinations multiples et notamment de la vue. Ce qui rend le diagnostic difficile, c'est que souvent ces malades sont en même temps alcooliques. Mais il n'y a pas que les cuisiniers qui peuvent être intoxiqués par l'oxyde de carbone. Le séjour dans une chambre chauffée avec des poëles mobiles ou dans une voiture publique (Laborde, Motet), où brûlent des briquettes, peut être l'occasion de troubles mentaux graves. Un des principaux effets de l'intoxication oxy-carbonée est l'amnésie (2), qui parfois annonce la démence. M. Raffegeau (3) a rapporté l'observation très intéressante d'un vieillard de 67 ans qui, intoxiqué par un poële mobile, devint, après être resté plusieurs jours dans un état comateux, un dément sale, indécent, et sans jugement ni mémoire, ce qui fit poser le diagnostic de ramollissement cérébral. L'incurabilité de ce malade fut confirmée par M. Bouchereau qui le soigna le premier. Ce cas ne serait d'ailleurs pas isolé (4). Et d'autres, suivis d'autopsie, ont été observés en Allemagne, et même en France par M. Bourdon (5). C'est, comme le faisait remarquer M. Laborde, à l'Académie de médecine, le grand danger de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. D'autre part M. Garnier (6) dit avoir vu une sorte de torpeur avec confusion et amnésie qui se dissipa après un certain temps. Il y aurait donc aussi dans cette intoxication des phénomènes pseudo-démentiels curables.

6. Nitro-benzine — On doit encore citer parmi les intoxications

(1) P. Moreau (de Tours). *Des troubles intell. dus à l'intoxication lente par le gaz oxyde de carbone*, 1876.

(2) Briand. De l'amnésie rétrograde dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, *Congrès internat. de méd. ment.*, 1889, C. R. 188 et suiv.

(3) Raffegeau. Note sur un cas de démence consécutive à l'intoxication oxy-carbonée, *Ann. méd. psychol.*, 1889, IX, 455 et suiv.

(4) Richardière. L'empoisonnement par l'oxyde de carbone, *Gazette des hôp.* 1894, 968.

(5) Bourdon. *Des paralysies consécut. à l'intoxicat. par la vapeur du charbon*, th. Paris, 1843.

(6) *Ann. méd. psych.* 1889, IX, 463.

professionnelles, la *nitro-benzine* (1) qui a parfois une action psychopathique chez les fabricants de couleurs d'aniline. Encore le délire est-il rare dans cette variété d'empoisonnement.

### D. — Intoxications alimentaires.

On peut ajouter à ce chapitre, comme intoxication alimentaire, la *pellagre*, dont les symptômes sont des érythèmes squammeux sur les parties découvertes, des troubles digestifs et surtout de la diarrhée, enfin des troubles nerveux plus ou moins graves et pouvant compromettre les fonctions intellectuelles.

La cause de cette maladie a donné lieu à de longues discussions et à bien des recherches, dont les plus considérables sont celles de M. Th. Roussel (2), M. Bouchard, Baillarger. On tend aujourd'hui à admettre qu'elle doit être recherchée dans le maïs altéré. Mais cette cause est favorisée par la misère et une alimentation insuffisante. C'est ainsi que le pellagreux devenant soldat ou domestique guérit, et qu'à Sainte-Gemmes les indigents étaient, au cours d'une épidémie, seuls atteints, tandis que les pensionnaires restaient indemnes (3). Aussi la pellagre disparaît-elle peu à peu avec le bien-être moderne, et les médecins de ma génération n'ont plus l'occasion de l'étudier. Les troubles mentaux les plus intéressants qu'on ait signalés au cours de la pellagre sont de nature démentielle. Est-ce de la paralysie générale? M. Roussel, Virchow, Stambio, M. A. Voisin, M. Bouchereau disent non. Pour Baillarger (4) les symptômes de la paralysie pellagreuse offrent la plus grande analogie avec ceux de la paralysie générale vulgaire; elle est progressive et incomplète jusqu'à la terminaison. On observe parfois dans la folie pellagreuse, mais moins souvent, les symptômes propres à la folie paralytique, notamment l'hésitation de la parole avec tremblements des lèvres précédant l'articulation des mots, et aussi de l'inégalité pupillaire. Baillarger pensait en résumé que la pellagre

(1) Bergeron. Nitro-Benzine et fabricants d'aniline. *Bull. de l'Acad. Impér. de méd.*, 1864-65, XXX, 327.

(2) Th. Roussel. *Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres*, 1866.

(3) Legendre. Ouvr. cité, 261.

(4) Baillarger. Analogies des symptômes de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale. *Ann. méd. psych.* 1888, VII, 213.

pouvait créer une paralysie générale bien analogue, sinon identique, à la vulgaire. C'est en somme une question dont les documents cliniques tendent trop à s'épuiser pour qu'on puisse aujourd'hui se former sur elle une opinion.

En résumé, les agents toxiques, qu'ils soient minéraux ou végétaux, se comportent d'une façon analogue (1). Selon l'intensité de leur action, ils peuvent, par une intoxication aiguë, provoquer une sorte d'ivresse ou un délire diffus avec agitation. Le fond en est toujours des hallucinations, et souvent celles de la vue prédominent au point de masquer les autres. C'est cette forme là qui a fait, des délires alcooliques, des délires spéciaux. Or on a vu, en étudiant l'effet des autres poisons, et on verra en étudiant les infections et les auto-intoxications, que ce type n'appartient pas à l'alcool seul. Le délire hallucinatoire, mobile et confus comme un rêve, s'observe dans tous les états fébriles et dans tous les empoisonnements. Les idées professionnelles et du milieu forment toujours le canevas des conceptions de l'aliéné. Enfin l'exacerbation nocturne de ces troubles mentaux se rencontre dans plusieurs autres états vésaniques, dans la mélancolie par exemple et dans les délires symptomatiques. Il est donc curieux que les mêmes médecins repoussent l'étiquette de délire brightique ou urémique et acceptent avec une grande facilité celle de délire alcoolique, considéré ainsi comme une véritable entité vésanique, sans que ce soit plus logique.

Quelquefois la période d'excitation est très légère et agréable. C'est la cause des intoxications volontaires. Les sujets recherchent dans l'alcool, la morphine, le tabac, le tonique nerveux dont ils ont de plus en plus besoin à mesure que l'action du poison s'épuise. Mais, après l'excitation parfois fort courte, survient toujours une période de dépression qui souvent paraît manifester seule l'empoisonnement : c'est la stupeur alcoolique, l'aphasie oxy-carbonée. Enfin à la longue, l'intoxication, voulue ou non, amène une déchéance de tout l'organisme et notamment du système nerveux. Les lésions encéphaliques des enveloppes et des vaisseaux, des cellules et de la névroglie, tendent à frapper l'intelligence d'une mort précoce

(1) Legrain. *Les poisons de l'Intellig.* Ouvr. cité, 51.

plus ou moins irrémédiable ; c'est l'affaiblissement psychique, la démence de l'alcool, du plomb, de l'oxyde de carbone ; c'est aussi, lorsque le processus anatomique prend une certaine allure, la paralysie générale ou des états qui la simulent cliniquement d'une façon plus ou moins grande.

Ce qui fait la diversité d'action des poisons nerveux, c'est en partie l'espèce toxique : l'oxyde de carbone agit par exemple avec une brusquerie et une violence autres que la morphine. Mais le sujet apporte sa réaction propre, c'est lui qui prolonge en quelque sorte l'action de l'alcool, ou encore qui, à l'occasion d'un poison quelconque, fabrique des idées délirantes, mystiques, de persécution ou ambitieuses, toutes très personnelles, et que ses habitudes mentales coordonnent et systématisent d'une façon plus ou moins serrée et durable.

---

## ARTICLE II.

### MALADIES INFECTIEUSES

Le délire est une complication banale des maladies infectieuses. On a essayé de le séparer de la folie, mais les signes différentiels qu'on a donnés sont tous critiquables. Esquirol (1) disait que l'aliénation mentale était caractérisée par l'absence de fièvre ; or l'apyrexie se rencontre aussi dans des maladies infectieuses (choléra) et les empoisonnements minéraux. J.-P. Falret (2) se basait sur la durée de l'apyrexie : la folie était un délire chronique ; or il est des manies transitoires qui évoluent très rapidement. Foville (3), qui

(1) Esquirol, Ouvr. cité, I, 5.

(2) J.-P. Falret. *Des malad. ment. et des asiles d'aliénés*, 1864, 7.

(3) Foville. *Art. Délire in N. Dict. de Méd. et de Chir.*, XI, 1869, 18.

distinguait le délire vésanique du symptomatique, concédait cependant que cette division ne reposait pas sur une différence de nature. C'est par la clinique seule que MM. Ball et Ritti (1) ont cru justifier cette séparation qui, d'autre part, leur semble arbitraire. Au fond, je crois qu'il n'est qu'une raison de la division, c'est une raison sociale. Selon que les troubles mentaux durent plus ou moins longtemps, compromettent ou non la sécurité de l'individu et de son entourage, permettent un traitement à l'hôpital ou dans la famille, ou au contraire nécessitent une surveillance spéciale, le sujet est laissé libre ou bien séquestré et dans ce cas considéré comme aliéné. Si l'on veut absolument trouver un prétexte quelque peu scientifique à cette classification arbitraire, on peut dire que le délire vésanique est celui qui se manifeste sans lien apparent avec l'état somatique qui l'entretient. Mais comme la folie est le plus souvent une maladie primitivement et essentiellement générale et physique, dont les troubles psychiques ne sont que des symptômes, on voit que la raison donnée plus haut n'est guère plus valable que les autres.

Les documents sur les délires infectieux sont très nombreux, si on considère tous ceux disséminés de ci de là, mais les études d'ensemble sont assez rares. Les plus connues sont celles de Thore (2), de Chéron (3), le mémoire de M. Christian (4), les articles de Foville (5), de Ball et Ritti (6) et en Allemagne de Kraepelin (7), et enfin le récent mémoire de MM. Régis et Chevalier-Lavaure (8) sur

(1) Ball et Ritti. Art. Délire, *Dict. encycl. des Sci. méd.* 1re série, T. XXVI, 1882, 357.

(2) Thore. De la folie consécutive aux maladies aiguës, *Ann. méd. psych.*, 1850, II, 586.

(3) Chéron. Th. de Paris, 1866.

(4) Christian. De la folie consécutive aux maladies aiguës, *Arch. génér. de méd.*, 1873, 257 et 421.

(5) Foville. Art. *Délire*, ouvr. cité.

(6) Ball et Ritti. Art. *Délire*, Ouvr. cité.

(7) Kraepelin. *De l'Influence des maladies aiguës sur la genèse des maladies mentales*, anal. in *Arch. de Neurol.*, 1881, II, 263 et 1882, IV, 105.

(8) Régis et Chevalier-Lavaure. *Des Auto-Intoxications dans les maladies mentales*, La Rochelle, 1893, 40 et suiv.

les auto-intoxications dans les maladies mentales. Je vais me contenter de passer rapidement en revue les principales maladies infectieuses où l'on rencontre plus ou moins souvent des troubles mentaux associés, en insistant plus particulièrement sur ceux qui, par leur durée ou leur intensité, peuvent nécessiter l'internement.

1. Les fièvres éruptives sont ordinairement accompagnées de délire. Dans la *variole*, ce dernier peut apparaître à toutes les périodes ; pendant l'invasion, il est d'allure assez tranquille, devenant plus violent au moment de l'éruption. Il est à noter qu'il manque ordinairement dans la variole hémorrhagique (1). Quelquefois il réapparaît dans les varioles graves et confluentes, ou, sous un appoint alcoolique, durant la suppuration. Tous ces troubles intellectuels seraient plus ou moins en rapport avec l'élévation de la température. Thore (2) a le premier appelé l'attention sur les hallucinations qui peuvent se montrer durant le cours de la variole et qui affectent principalement la vue et l'ouïe. Ces troubles sensoriels sont assez semblables à ceux qu'on observe dans l'alcoolisme. Quinquaud (3), qui a donné deux observations de variole délirante, insiste sur ce fait que les troubles nerveux sont souvent localisés à la sphère sensorielle, qu'ils apparaissent surtout au moment où le varioleux est sur le point de s'endormir, et enfin que le patient a conscience de ces phénomènes morbides. Toutes ces remarques sont très justes et j'ai eu l'occasion de les vérifier au cours d'une épidémie de variole. Durant la période de desquamation ou pendant la convalescence, apparaissent quelquefois des troubles mentaux de longue durée. On les a souvent décrits sous l'étiquette de démence, dont ils ont l'obtusion intellectuelle et l'incohérence des idées, mais dont ils se distinguent par ce fait qu'ils sont curables. Il s'agit en somme ordinairement d'une forme vésanique où domine la confusion mentale, symptôme que nous retrouverons encore dans ce chapitre. Parfois ces psychoses à caractère asthénique peuvent se

(1) Legrand du Saulle. *Ann. méd. psych.*, 1871, V, 413.

(2) Thore. Des Hallucinations dans la variole, *Ann. méd. psych.*, 1856, II, 162.

(3) Quinquaud. *Sur quelques troubles nerveux consécutifs à la variole*, *L'Encéphale*, 1884, 33 et suiv.

manifester par quelques accès d'agitation ou au contraire par des idées délirantes dépressives avec tentatives de suicide et refus d'aliments; parfois aussi elles simulent la démence paralytique (1). Enfin la variole serait encore capable de provoquer la véritable paralysie générale, comme le prouve l'observation avec autopsie de M. Mabille (2).

Dans la *rougeole* le délire est plus rare. Il est léger et quelque peu agité chez les enfants, au moment des élévations thermiques. Des délires asthéniques auraient été observés par Kraepelin (3).

Les psychopathies *scarlatineuses* paraîtraient — dans la moitié des cas environ (Kraepelin) — surtout en rapport avec la gravité et l'hyperthermie de la fièvre éruptive. Les délires fébriles du cours de la maladie se montrent à la fin de la première semaine, durent peu (4) et sont à base hallucinatoire. Les vésanies de la convalescence peuvent avoir une évolution plus longue, et leur aspect clinique est plus varié; elles ont souvent un fond de confusion mentale qui les caractérise. Il faut aussi distinguer les cas où le délire est provoqué par une lésion rénale développée au cours d'une scarlatine.

2. Erysipèle. — Sa localisation à la face et notamment au cuir chevelu est une condition très favorable au développement des troubles mentaux. Le plus souvent un délire à caractère diffus se montre avec l'hyperthermie et disparaît avec elle. Mais parfois, dans la convalescence d'érysipèles, même bénins, on observe un état psychopathique maniaque (6) ou à forme de stupeur (7). La paralysie générale est une des complications éloignées. Baillarger (8)

(1) Foville. De la paralysie générale par propagation, *Ann. méd. psych.*, 1873, IX, 40 et suiv. — Claye Shaw, *Journal of mental Sci.*, 1872, 289, obs. I à V.

(2) Mabille. Démence paralytique à la suite d'une variole, *Ann. méd. psych.*, 1883, X, 225.

(3) Kraepelin. Ouvr. cité, 1882, IV, 112 et 113.

(4) Rouillard. Société médico-psychologique, 29 juin 1891.

(5) Baillarger. *Ann. méd. psych.*, 1879, I, 79.

(6) Chéron. Ouvr. cité, LX.

(7) Christian. *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, ouvr. cité, 261.

(8) Baillarger. Note sur l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paralysie générale, *Ann. méd. psych.*, 1849, I, 477.

est le premier qui, après Bayle (1), ait mis ce fait en lumière en rapportant 3 observations, où la lésion cérébrale s'était manifestée quelques mois après l'érysipèle. Morel (2) publia quelques années plus tard une observation analogue.

La pathogénie de ces divers accidents est complexe Les délires de la période fébrile ont été attribués à un réflexe dont la cause initiale serait dans l'excitation des nerfs de la Ve paire, à la fièvre, à la congestion cérébrale, ou à des lésions plus graves de l'encéphale (thrombose des sinus, méningite) et à l'alcoolisme. Les délires de la convalescence ont été rattachés aux troubles de nutrition consécutifs à cette maladie grave ; il en est de même pour la paralysie générale. Mais on conçoit aussi que cette dernière puisse, bien qu'existant déjà à l'état latent, se manifester soudainement à l'occasion d'un érysipèle.

3. Oreillons. — Ils provoquent souvent des troubles mentaux (3) plus ou moins intenses, qui sont capables d'entraîner la mort, probablement par méningite. Ils peuvent coïncider avec l'apparition de l'orchite ourlienne ou encore être amendés par elle. Parmi les symptômes nerveux observés, on a noté de l'aphasie consécutive (Monro (4)), associée ou non avec les paralysies des membres. Ces phénomènes se dissipent parfois en peu de temps ; mais ils peuvent aussi avoir une plus longue durée, ainsi que l'ont observé MM. Lannois et Lemoine (5). Ces auteurs, recherchant la pathogénie de ces accidents, ont paru la trouver dans la méningo-encéphalite qui serait le plus souvent superficielle.

4. Fièvre typhoïde. — Les troubles délirants de la fièvre typhoïde sont les plus étudiés, à cause de leur fréquence et de leur importance. Ils furent de bonne heure observés par Chomel, Louis,

(1) Bayle. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, 1826, 243.

(2) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 147.

(3) Trousseau. *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 5e édition, I, 252.

(4) Monro. *The Lancet*, 1883.

(5) Lannois et Lemoine. Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons, *Arch. de neur.*, 1885, XI, 1.

Sauvet (1), Max Simon (2), qui le premier eut le mérite de montrer que les délires post-typhiques pouvaient constituer des aliénations mentales, ce que n'admettait pas l'école d'Esquirol. Thore (3), Morel (4), Griesinger (5), Berthier (6), qui fit un travail d'ensemble, traitèrent la question. Avec Mugnier (7) et Chéron (8) l'importance de la prédisposition héréditaire commence à être mise en lumière. Puis les mémoires et les observations, concernant les délires liés à la fièvre typhoïde, se multiplient. Un des plus importants est celui de Kraepelin (9), dont j'ai déjà plusieurs fois exprimé les idées. M. Marandon de Montyel (10) a divisé les délires en pertyphiques, ou liés au début, à la période d'état et à la convalescence de la dothiénentérie, et en post- typhiques qui apparaissent après la maladie. Enfin M. Glover (11) a, dans une excellente thèse inspirée par M. Joffroy, exposé les idées de ce professeur, qui insiste sur la nécessité d'une prédisposition vésanique pour la production des psychoses au cours ou après la fièvre typhoïde.

Les délires associés à la dothiénentérie peuvent apparaître à tous les moments de cette maladie. Les troubles mentaux surviennent parfois dans la période d'incubation, avant même l'élévation thermique. Ils sont ordinairement constitués par de la stupeur. Dans

(1) Sauvet. Remarques sur le délire consécutif aux fièvres thyphoïdes, *Ann. méd. psych.*, 1845, VI, 223.

(2) Max Simon. De la folie consécutive à la fièvre typhoïde et de son mode ordinaire de transmission, *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, 1844, 53.

(3) Thore. *Etudes sur les maladies incidentes des aliénés*, 1847, 244 et suiv.

(4) Morel. *Traité des maladies mentales*, ouv. cité, 165 et suiv.

(5) Griesinger. Ouv. cité, 217.

(6) Berthier. La Fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale, *Ann méd. psych.*, 1861, VII, 1.

(7) Mugnier. *De la folie consécutive aux maladies aiguës*, Th. Paris, 1855.

(8) Cheron. *Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aiguës*, Th. Paris, 1866.

(9) Kraepelin. Ouv. cité, 113 et suiv.

(10) Marandon de Montyel. De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie, *Ann. méd. psych.*, 1883, IX, 387.

(11) Glover. *La folie et la fièvre typhoïde*, Th. Paris, 1891.— Voir aussi Pagliano. *Revue de Médecine*, 1894, et Saisset, Th. Paris, 1895.

le cours de la période d'invasion, le délire peut se montrer avec une intensité telle qu'il masque la dothiénentérie. Le malade est quelquefois alors interné. Les observations publiées (1), qui s'accompagnent d'examen nécropsique, sont d'un diagnostic peu discutable. Mais, dans d'autres cas, on est en droit de se demander s'il s'agit de fièvre typhoïde ou de délire aigu, lequel, par sa symptomatologie, simule parfois une dothiénentérie. A la période d'état, le délire est à peu près constant ; il survient vers le second septénaire, se montrant ou s'exagérant le soir. Ce délire, qui est d'ordinaire diffus et hallucinatoire, est le plus souvent en rapport avec l'hyperthermie et aussi avec la gravité de la fièvre typhoïde. Il peut avoir des aspects cliniques variés, rouler sur des symptômes d'ordre mélancolique, se transformer en un accès de manie aiguë ou au contraire se résoudre dans un état de stupeur.

Dans la convalescence (2), les psychoses asthéniques dominent. On les a décrites sous des noms divers, délires d'épuisement, d'inanition, et encore démence, idiotie, imbécillité, stupeur. Les malades de ce genre sont dans un état d'affaiblissement intellectuel et psychique considérable ; beaucoup gâtent. Ils paraissent avoir perdu la plupart des souvenirs concernant leur vie passée et être incapables d'en fixer de nouveau ; leurs discours sont incohérents et décèlent un état mental assez semblable à un subdelirium chronique qui persisterait à l'état de veille. Il en est qu'il faut faire manger, habiller. Cependant ce ne sont que de faux déments, puisqu'ils peuvent guérir (3). Mais on rencontre aussi d'autres formes vésaniques, et par exemple des états d'agitation maniaque, des idées ambitieuses, qui seraient même assez fréquentes (4), des idées mélancoliques avec conception de culpabilité, mutisme et tendance au suicide, des idées de persécution. Parfois enfin il reste une idée fixe. Tel ce médecin des hôpitaux de

(1) Baillarger. Fièvre typhoïde simulant l'aliénation mentale, *Ann. méd. psych.*, 1843, II, 147. — Laroussinie. Fièvre typhoïde à forme anormale chez une aliénée, *Tribune médicale*, 1893, 397.

(2) Bucquoy et Hanot. Quelques remarques cliniques sur le délire de la fièvre typhoïde, *Arch. génér. de méd.* 1881, 24.

(3) Régis. *Folie consécutive à une fièvre typhoïde*, Encéphale, 1881, 457.

(4) Marcé. *Traité pratique*, ouv. cité, 135.

Paris qui avait conservé, à la suite du typhus, l'idée qu'il était propriétaire d'une maison de campagne et d'un cheval blanc. Par moments il en parlait et d'autres fois il reconnaissait son erreur (1). Dechambre (2) avait soigné un homme qui, convalescent d'une fièvre typhoïde, garda durant 2 semaines l'idée fixe qu'il était marié.

Lorsque la fièvre typhoïde ne laisse pas à sa suite une psychose plus ou moins tenace, elle peut déséquilibrer le malade et le rendre débile et apte à délirer facilement. Esquirol (3) avait remarqué ce fait, qui a été souvent constaté depuis.

Enfin la paralysie générale (Aug. Voisin 4) (Schüle 5) a été notée à la suite de la fièvre typhoïde. Cependant Nasse (6) ne l'aurait jamais observée dans 2.000 cas.

La pathogénie de ces troubles délirants est complexe. Quand ceux-ci surviennent au début, avant l'apparition de la fièvre, on peut accuser l'action directe du poison sur les cellules nerveuses. Plus tard, durant la période d'état, l'hyperthermie, les troubles circulatoires, les congestions, les lésions diverses de l'encéphale et des méninges, sont capables de provoquer les troubles intellectuels, qui sont souvent caractérisés par de l'excitation et disparaissent ordinairement avec les phénomènes qui leur ont donné naissance. Les lésions encéphaliques sont surtout importantes. On a rencontré des congestions capillaires avec turgescence veineuse (Raymond), et aussi de véritables méningo-encéphalites typhiques avec bacille d'Eberth dans les exsudats (Fernet 7). Enfin des lésions rénales secondaires, produisant de l'insuffisance urinaire, peuvent déterminer aussi des troubles délirants que l'on met à tort sur le compte de la dothiénentérie. Quant aux délires asthéniques de la convalescence, il est très probable que c'est l'épuisement, l'état de dépression nerveuse qui en facilite l'évolution.

1) Baillarger in Griesinger. Ouv. cité, 217.

(2) In Ball et Ritti. Art. *Délire*, ouv. cité, 338.

(3) Esquirol. Ouv. cité, I, 73.

(4) A. Voisin. *Leçons cliniques sur les mal. ment.*, 1883, 125.

(5) In Charpentier. *Ann. méd. psych.*, 1891, XIII, 113.

(6) In A. Voisin. *Ann. méd. psych.*, 1891, XIII, 110.

(7) In Chantemesse. Art. *Fièvre typhoïde. Traité de médecine de* Charcot et Bouchard, ouv. cité, 761 et 762.

Jusqu'à quel point la prédisposition vésanique est-elle nécessaire dans la production de ces troubles mentaux ? Morel (1) a cité le cas d'une famille présentant des tares névropathiques, où, sur 8 enfants atteints de fièvre typhoïde, 4 devinrent sourds et affaiblis intellectuellement et les 4 autres aliénés avec des alternatives de stupidité et d'excitation. M. Joffroy (2) a rapporté des observations fort instructives sur le rôle joué par la prédisposition. Une femme à antécédents vésaniques familiaux, qui avait eu à 20 ans une dothiénentérie accompagnée de délire prolongé durant la convalescence, eut plus tard d'autres accès psychopathiques, à la suite d'émotions (mort de sa mère, suicide de son père, mauvaise conduite de son fils, incendie de sa maison). Toutes ces causes morales diverses provoquaient chaque fois le même délire triste avec idées de ruine qui avait été observé pendant la fièvre typhoïde. Dans deux autres cas, observés par le même auteur, la dothiénenterie réveilla des accès délirants, semblables comme forme, à d'autres manifestés antérieurement. Le rôle de la maladie aiguë était dans ces faits celui d'un agent provocateur. Mais, d'ordinaire, les observations sont d'un secours restreint, car dans la plupart les antécédents du malade n'ont pas été recherchés. Il semble ressortir pourtant de certains faits que la prédisposition n'est pas également indispensable pour tous les cas. Elle serait au minimum pour les délires fébriles ; aussi leur évolution serait en général rapide. Pour les psychoses de la convalescence, à tendance vers la chronicité, la prédisposition serait beaucoup plus nécessaire. J'ai, en effet, observé quelques cas de confusion mentale consécutive à la dothiénentérie, où les antécédents vésaniques familiaux des sujets étaient assez chargés.

5. Influenza. — Les récentes épidémies de grippe ont eu leur retentissement dans les asiles ; beaucoup de grippés sont devenus aliénés. Aussi les mémoires publiés dans ces dernières années sur les rapports de cette maladie avec la folie, sont-ils assez nombreux. Un des plus importants, parce qu'il est le résumé de beau-

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 167.

(2) Joffroy. *Congrès annuel des médecins aliénistes* (Session de Lyon), *C. R.*, 1892, 308 et suiv.

coup d'autres, est celui d'Althaus (1), qui s'est servi des documents apportés par MM. Joffroy (2), Mairet (3) Ladame (4), Bidon (5), Leledy (6), J. Voisin (7), et beaucoup d'autres auteurs français et étrangers. Althaus a choisi dans ces divers mémoires les faits les plus circonstanciés, exactement 117 cas de vésanies développées à la suite de l'influenza, qu'il a comparés à un tableau, établi par Kraepelin, de 350 observations de psychoses liées à des maladies aiguës.

Les délires de la période fébrile peuvent précéder l'ascension thermométrique, ainsi que dans beaucoup d'autres maladies aiguës. Plus souvent ils débutent avec l'hyperthermie et disparaissent avec elle, comme dans le cas intéressant de M. Joffroy (8), où il s'agissait d'un homme qui présenta durant deux semaines un délire violent avec crises d'excitation et hallucinations, et guérit lorsque la période d'effervescence arriva.

Il semblerait que les troubles intellectuels post-fébriles fussent plus fréquents après l'influenza qu'après les autres maladies aiguës ; mais il faut tenir compte du nombre de personnes atteintes par une épidémie de grippe. Les délires apparaissant tout de suite après l'influenza seraient le plus souvent des états maniaques (Althaus). Les états de dépression, la mélancolie notamment, apparaîtraient plus tard. Comme partout ailleurs, on a relevé la plupart des formes vésaniques, c'est-à-dire des idées délirantes mélancoliques, de persécution, ambitieuses, religieuses, idées plus ou moins systé-

(1) Althaus. On psychoses after influenza, *The Journal of ment. Sci.*, 1893, XXXIX, 163.

(2) Joffroy. Délire avec agitation maniaque dans l'influenza, *Soc. méd. des Hôpit.*, 28 mars 1890.

(3) Mairet. Grippe et aliénation mentale, *Montpellier médical*. 1890.

(4) Ladame. Des psychoses après l'influenza, *Ann. méd. psych.*, 1890.

(5) Bidon. Etude clinique de l'action exercée par la grippe de 1889-1890 sur le système nerveux, *Rev. de méd.*, 1890, 661 et 839.

(6) Leledy. *Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe de 1889-1890*, Th. Paris, 1891.

(7) Jules Voisin. Idées de persécution à la suite de la grippe, *Gaz. des Hôpit.* 1890, 1012.

(8) Joffroy. *Délire avec agitation maniaque dans l'influenza*, ouvr. cité.

matisées. On y rencontre ces états complexes de stupeur, de pseudo-démences, qui sont surtout caractérisés par de la confusion mentale. La paralysie générale a aussi été observée, et Althaus l'a comptée 6 fois sur 100 cas de troubles mentaux post-influenziques. Le début apparent de l'encéphalite serait assez éloigné de l'attaque de grippe, et la marche en serait rapide.

Quant aux facteurs pathogéniques, ce sont toujours les mêmes que les observateurs accusent : agents infectieux, hyperthermie, anémie de la convalescence, lésions cérébrales. M. Pierret (1) a rapporté le cas d'une jeune fille qui, à la suite de l'influenza, tomba dans un état de stupeur qui s'aggrava peu à peu et entraîna la mort deux ans après. L'autopsie révéla des lésions des méninges et du tissu nerveux, que M. Pierret croit caractéristiques des méningo-encéphalites infectieuses.

La prédisposition héréditaire de ces accidents cérébraux aurait été trouvée par Althaus 72 fois sur 100 ; mais il faut remarquer que cet auteur admet, comme causes prédisposantes, l'anémie, la ménopause, la syphilis. Il ne s'agit donc pas de prédisposition purement vésanique. M. Leledy (2) n'aurait, de son côté, trouvé cette dernière que 8 fois dans ses observations personnelles, qui sont au nombre de plus de vingt.

6. L'IMPALUDISME peut être aussi la cause de délires variés. Sydenham avait déjà noté ce rapport morbide. Baillarger (3) remarqua la tendance des paludéens vers la stupidité et Morel (4) relata une observation où le sulfate de quinine ramena la santé mentale. Griesinger (5) avait constaté que, chez les paludéens, le délire remplace parfois un accès intermittent et est alors accompagné de frissons, de chaleur, de sueur et de pouls rapide, parfois survient après l'attaque fébrile et d'autres fois enfin apparaît après la guérison de la fièvre.

(1) PIERRET et PARET. Mélancolie avec stupeur suite d'influenza, etc... *Lyon médical*, 9 oct. 1892.

(2) LELEDY. Ouvr. cité, 68.

(3) BAILLARGER. De la folie à la suite des fièvres intermittentes, *Recherches sur les maladies mentales*, 1890, I, 606.

(4) MOREL. *Traité des maladies mentales*, 1860, 128 et suiv.

(5) GRIESINGER. Ouvr. cité, 218.

Plus tard Kraepelin (1) étudia les délires liés à l'impaludisme, selon l'élément pathogénique qui les actionne. Les formes pernicieuses, comateuses, convulsives, délirantes, agiraient par l'action commune de la fièvre et du poison, et aussi par l'intermédiaire de l'hyperémie, de l'œdème, des centres cérébraux et des foyers pigmentaires de l'écorce. Il existerait aussi des troubles psychiques apyrétiques, périodiques et représentant des accès fébriles ; ce délire serait sous la dépendance de la toxhémie. Parmi les formes vésaniques observées, il faudrait surtout citer une variété de mélancolie agitée. Enfin la cachexie malarienne produirait encore des délires variés, quoique en moins grand nombre que ceux observés dans les autres phases de l'impaludisme. Récemment MM. Lemoine et Chaumier (2) ont fait un travail d'ensemble très documenté sur les troubles psychiques qu'on constate dans l'impaludisme. Ils distinguent d'abord le délire fébrile, bruyant, confus et hallucinatoire, qui apparaît au moment de l'accès, quelquefois durant le stade du frisson, plus souvent durant le stade de chaleur ; il est surtout intense dans les accès pernicieux. Après ces troubles psychiques, les auteurs considèrent le délire de la convalescence des fièvres paludéennes, qui est parfois remplacé par de la stupidité. Mais il peut survenir aussi de l'excitation ; c'est ce qui se produit lorsque, comme dans l'observation de M. Mabille (3), les troubles psychiques débutent durant la période fébrile pour se continuer pendant la convalescence. C'est aussi dans ce groupe morbide qu'il faut ranger les cas de Sébastian (4), où la manie prend le type périodique et peut être guérie par la quinine. Une dernière classe de troubles mentaux est constituée par ceux qui surviennent dans l'impaludisme chronique. MM. Lemoine et Chaumier ont observé sept faits de ce genre. Les malades avaient eu des fièvres intermittentes dans leur jeunesse, puis plus tard des accidents larvés du côté du système

(1) Kraepelin. Ouvr. cité, 1881, 264 et suiv.

(2) Lemoine et Chaumier. Des troubles psychiques dans l'impaludisme. *Ann. méd. psych.*, 1887, V, 177.

(3) Mabille. Note sur les rapports de l'aliénation mentale et de la fièvre intermittente, *Ann. méd. psych.*, 1881, VI, 229.

(4) Sébastian. Remarques sur la mélancolie et la manie suites de fièvres intermittentes, *Ann. méd. psych.*, 1844, IV, 210.

nerveux ; enfin des hallucinations, de l'excitation maniaque, un véritable délire avec tendance à la chronicité et non modifié par le traitement. Les idées délirantes furent des plus variées ; et, fait curieux à noter, 6 sur 7 des malades observés par les auteurs ne présentaient aucun antécédent héréditaire connu. Enfin MM. Lemoine et Chaumier admettent la possibilité d'une paralysie générale paludéenne et citent à l'appui de cette opinion une observation personnelle. A propos de prédisposition, rappelons que M. Marandon de Montyel (1) a publié des observations où l'impaludisme, agissant en cela comme beaucoup d'autres maladies infectieuses, crée, chez certains sujets, une aptitude vésanique qui se manifeste en les rendant assez brusquement sensibles à l'action psychopathique de l'alcool.

7. Choléra. — Les troubles délirants liés au choléra ne sont pas très bien connus. Delasiauve (2) les signala un des premiers en citant des faits qui rappelaient la paralysie générale. Griesinger (3) avait noté que les psychoses post-cholériques consistaient souvent en un délire passager, ce que confirmèrent des observations de Ball (4). Mesnet (5) décrivit le délire diffus et hallucinatoire de la période de réaction, en faisant remarquer la part que l'alcoolisme pouvait avoir dans cet éveil de désordres psychopathiques. D'après Kraepelin (6), les troubles psychiques du choléra s'observeraient d'abord au moment de la phase de réaction qui, comme on le sait, s'accompagne parfois de méningo-encéphalite et seraient d'origine fébrile, congestive ou peut-être urémique. Les délires de la convalescence seraient d'aspects divers, et la stupeur a été vue quelquefois.

(1) Marandon de Montyel. Contribution à l'étude clinique des rapports de l'impaludisme et de l'alcoolisme, *Ann. méd. psych.*, 1893, XVIII, 353 et suiv.

(2) Delasiauve. Influence du choléra sur la production de la folie, *Ann. méd. psych.*, 1849, I, 331.

(3) Griesinger. Ouv. cité, 221.

(4) Ball. De la folie consécutive au choléra, *Encéphale*, 1885, n° 1.

(5) Mesnet. Physiologie pathologique du cerveau chez les cholériques, *Ann. méd psych.*, 1866, VII, 317.

(6) Kraepelin. Ouv. cité, 1882, 115.

En effet, M. Séglas (1) a rapporté un cas de confusion mentale ayant débuté dans la convalescence du choléra chez une prédisposée. Enfin il est intéressant de noter que, chez les aliénés atteints de choléra, l'agitation tombe dans la période algide pour revenir dans la phase de réaction, comme l'a constaté M. Camuset (2) en un mémoire dont j'ai discuté ailleurs les conclusions (3).

8. — Dans la RAGE, on peut diviser, d'après la description de M. Roger (4), les troubles intellectuels suivant les périodes de la maladie. Le délire, souvent à tendance mélancolique, peut débuter avec les prodromes. Dans la période d'excitation il est violent, comme dans toutes les phases fébriles des maladies infectieuses, et s'accompagne de troubles sensoriels et surtout d'hallucinations de la vue et de l'ouïe (5). Enfin, dans la période paralytique, une sorte de stupeur avec inconscience se montre. La fausse rage ne survient guère que chez des névropathes : elle n'a d'ailleurs aucun rapport avec l'infection.

La DIPHTÉRIE, le CHARBON peuvent donner lieu à du délire et parfois occasionner des troubles mentaux que l'on a décrits comme de l'aliénation mentale (6).

9. La TUBERCULOSE a été souvent accusée de produire l'aliénation mentale. Clouston (7) a soutenu que la phthisie cause trois fois plus de victimes chez les psychopathes que chez les gens raisonnables. Et en effet l'observation de tous les aliénistes justifie cette opinion (8) que la folie prédispose à la tuberculose. L'état de dénutrition où se trouvent la plupart des aliénés, le refus d'aliments des

(1) SÉGLAS. Un cas de folie post-cholérique à forme de confusion mentale primitive, *Ann. méd. psych.*, 1893, 376.

(2) CAMUSET. Des modifications observées dans l'état mental de certains aliénés atteints de choléra, *Ann. méd. psych.*, 1892, nov.

(3) ED. TOULOUSE. Le choléra et les aliénés, *la Tribune médicale*, 1893, 10.

(4) ROGER. Chap. Rage in CHARCOT et BOUCHARD, *Traité de médecine*, 605 et suiv.

(5) CHRISTIAN. Rage et hydrophobie, *Ann. méd. psych.*, 1869, I, 226.

(6) A. VOISIN, *Leçons*, ouv. cité, 120.

(7) CLOUSTON. Art. Phthisical Insanity in *Dictionn. of psychol. medic.* by TUKE

(8) CULLERRE. Contribution à l'étude de la tuberculose chez les aliénés, *Ann. méd. psych.*, 1876, XV, 161.

mélancoliques, tout met ces malades en état de réceptivité bacillaire. Pour ma part, j'ai rencontré fréquemment des lésions tuberculeuses au cours des autopsies d'aliénés (1). Morel (2) disait que toutes les périodes de la phthisie peuvent amener des troubles intellectuels, qu'à la fin le délire est plus violent, et que le plus souvent il progresse et suit la maladie pulmonaire. Ball a même cru remarquer que la tuberculose engendrait une folie spéciale.

Les faits sont justiciables d'une interprétation moins absolue. Il est compréhensible que la tuberculose peut, comme toutes les autres maladies infectieuses, provoquer des troubles intellectuels. On connaît l'euphorie des phthisiques, qui se manifeste parfois par des conceptions nettement délirantes. Dans les poussées aiguës, au moment des exacerbations thermiques, on observe surtout des troubles mentaux bruyants et à base hallucinatoire, semblables aux délires fébriles. Au cours de la tuberculose, toutes sortes de psychoses peuvent apparaître, mais il est toujours difficile de les rattacher, par l'évolution, à la lésion bacillaire, qui est d'ordinaire de longue durée, alors que les désordres cérébraux sont moins tenaces. Le fait d'alternance entre les symptômes physiques et les troubles mentaux, qui a été remarqué dans la tuberculose (3), s'observe dans bien d'autres circonstances (4). Enfin, quant à la paralysie générale, je ne sache pas qu'elle ait été signalée comme consécutive à la tuberculose Il semblerait même, d'après les autopsies, que ces deux maladies sont rarement associées.

La pathogénie de tous ces troubles cérébraux est complexe. Les accès de fièvre, l'état de dénutrition profonde où tombent peu à peu les tuberculeux, et aussi les lésions de l'encéphale et des méninges doivent être les principaux facteurs des délires et des psychoses. La prédisposition est difficile à débrouiller, attendu que la tuberculose est une maladie d'aboutissement de toutes les tares biologiques ; dans les familles où elle se développe, les dégénérés sont fréquents.

(1) Giraud, Nicoulau, Toulouse. *Rapport médical sur l'asile de Saint-Yon*, 1894, 24.

(2) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 162 et suiv.

(3) Mabille et Lallemand. *Les Folies diathésiques*, 1890, 141.

(4) Laugier. *La marche des maladies aiguës et de l'influence qu'elles exercent sur les maladies mentales*, Th. de Paris, 1873.

10. La SYPHILIS a des rapports étroits avec les antécédents névropathiques. On n'est pas encore fixé sur le rôle qu'elle peut jouer dans la production de la débilité mentale et de l'idiotie chez les enfants dont les pères avaient la vérole. Mais on est plus documenté sur l'influence psychopathique de la syphilis acquise. M. Féré (1) rappelle que les premiers observateurs, Fracastor, A Paré, Swédiaur, avaient noté la dépression morale dans le temps compris entre le chancre et les accidents qui le suivent ; le même auteur cite le cas d'un syphilitique qui, au cours de la période secondaire, fut pris d'une peur angoissante des papillons de nuit, et chez lequel le traitement mixte fit disparaître les troubles mentaux. James Kiernan (2) a aussi observé des cas de psychoses survenues durant cette époque morbide, où se constate souvent de la fièvre, et les trouve comparables à celles produites par l'alcool, les narcotiques et les élévations thermiques. M. Parant (3), qui a traité cette question dans une revue critique, rapporte des faits intéressants d'auteurs anglais, notamment un cas de Wiglesworth où un délire mélancolique apparut chez une jeune femme en même temps que le chancre et disparut quelques mois après, alors que la syphilis continuait son évolution. Au bout de 13 mois de maladie, la mort survint et l'autopsie permit de constater que le cerveau était indemne. Il ne semble pas, dans les cas de ce genre, que la syphilis imprime au délire un cachet particulier, — c'est ce que conclut M. Hagelstein (4) dans sa récente thèse qui contient sur cette question les opinions des principaux aliénistes, en même temps que des faits nouveaux. M. Mairet (5) admet l'existence d'une aliénation mentale syphilitique spéciale, dont les caractères qu'il donne sont assez vagues. Les modes d'action de la syphilis sont, dans tous ces faits, des plus variés. Car en dehors des lésions encéphaliques qui sont rares dans la période secondaire, la vérole provoque habituellement

(1) FERÉ. *La pathologie des émotions*, 1892, 522 et 523.

(2) KIERNAN. Psychoses de la fièvre syphilitique secondaire, *Journal of nervous and ment. diseases*, 1880, analysée in *Ann. méd. psych.* 1882, VII, 326.

(3) PARANT. Syphilis et folie, *Ann. méd. psych.*, 1888, VIII, 415 et suiv.

(4) HAGELSTEIN. Thèse de Nancy, 1894.

(5) MAIRET. Aliénation mentale syphilitique, Montpellier, 1893.

un état de dénutrition qui peut aller jusqu'à la cachexie. Elle éveille alors les troubles délirants comme l'hystérie latente (1). Son action psychopatique paraît être en rapport moins avec sa malignité générale qu'avec la prédisposition de l'individu (Ballet). Je ne parlerai pas ici des troubles démentiels liés à des lésions syphilitiques de l'encéphale, la vérole n'étant plus en cause que d'une façon indirecte, bien que le traitement spécifique puisse parfois amender le délire en arrêtant les altérations encéphaliques (Fournier (2).

Quels sont les rapports de la syphilis et de la paralysie générale? L'intérêt qu'on a porté à cette question dans ces derniers temps a provoqué de nombreux travaux, parmi lesquels il faut citer ceux de MM. Morel-Lavallée et Bellières (3) de M. Régis (4) et de M. Fournier (5), qui ont bien exposé la question. D'abord et en Allemagne, la paralysie générale fut considérée comme étant toujours d'origine syphilitique. Mais la question n'intéressa les aliénistes français que lorsque M. Fournier (6), mettant à profit les travaux de ses devanciers, parmi lesquels Zambaco, Marcé, Lasègue, Lancereaux, créait les pseudo paralysies générales syphilitiques, complexus symptomatiques provoqués par la vérole, laquelle paraissait incapable de produire la vraie paralysie générale. Cette opinion fut acceptée en France et à l'étranger. Mais peu à peu de l'Allemagne encore revint le mouvement d'idées qui faisait de la syphilis la cause de la paralysie générale vraie, ce qui provoqua une discussion qui se continue.

On a essayé de trancher la question par les chiffres. Or, les statistiques ont donné des résultats contradictoires, comme le prouvent ces quelques exemples. M. Magnan a trouvé pour 100 hommes, 4 syphilitiques certains et 5 douteux, et, pour 100 femmes, 1 syphilitique certaine et 6 douteuses, — alors que M. Régis a rencontré, pour 100 paralytiques des deux sexes, 70 à 76 syphilitiques certains et 87,30 avec

(1) Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Th. Paris, 1889, 98.

(2) Voir aussi Parant. *Syphilis et folie*, ouvr. cité, 416.

(3) Morel-Lavallée et Bellieres. *Syphilis et paralysie générale*, 1889.

(4) Régis. Syphilis et paralysie générale, *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892, N^os^ de juillet et août.

(5) Fournier. *Les Affections para-syphilitiques*, 1894, 137 et suiv.

(6) Fournier. *La Syphilis du cerveau*, 1879.

les probables. Récemment M. Nicoulau (1) ne la trouvait à Saint-Yon que 1 fois sur 128 paralytiques générales, c'est-à-dire moins souvent que dans la vie libre (Fournier), et M. Lefilliâtre (2) au contraire 22 fois sur 40 femmes paralytiques dans le service de M. Vallon. La raison des divergences de ces statistiques tient à beaucoup de causes que j'ai énumérées ailleurs (3). L'opinion du médecin guide un peu ses recherches, et son éducation syphiligraphique lui fait voir ou méconnaître la vérole. Si les adversaires de la doctrine syphilitique se montrent très difficiles dans leurs recherches, par contre les partisans sont d'ordinaire d'un accommodement singulier et beaucoup admettent la vérole chez leurs sujets sur de simples renseignements d'amis ou sur les déclarations des malades, renseignements et déclarations nullement confirmés par l'existence de stigmates certains.

Mais examinons les arguments en faveur de l'origine spécifique de la paralysie générale, formulés par M. Régis (4). La syphilis se retrouve plus fréquemment dans les antécédents des paralytiques généraux (650/0) que dans les antécédents des aliénés (100/0). Dans les milieux où la syphilis est rare, on compte peu de paralytiques généraux, par exemple parmi les populations agricoles et chez les religieux (Bouchaud) ; au contraire l'alcoolisme, invoqué aussi dans l'étiologie de cette maladie cérébrale, est très fréquent dans le Nord, où l'on observe beaucoup de paralytiques, et rare dans le Midi où pourtant ces derniers sont tout aussi nombreux. La paralysie générale est plus commune chez les hommes que chez les femmes, chez les citadins que chez les ruraux, et aussi chez les militaires, les ouvriers et les étudiants que dans les autres professions. Chez la femme, elle sévit surtout parmi les prostituées.

M. Régis a voulu encore montrer que la paralysie générale précoce était déterminée par la syphilis héréditaire. Le même auteur examine en outre les cas de paralysie générale apparaissant chez diverses personnes syphilitiques d'une même famille et — ce qui est

(1) Nicoulau. Causes de la paralysie générale, *Ann. méd. psych.*, 1893, XVII, 25.

(2) *Ann. méd. psych.*, 1893, XVII, 448.

(3) Ed. Toulouse. Syphilis et paralysie générale, *Gaz. des Hôp.*, 1892, 801.

(4) Régis. *Syphilis et paralysie générale*, ouvr. cité.

plus curieux — ceux qui surviennent chez deux époux vérolés. M. Cullerre (1) a aussi étudié ces derniers faits sous le nom de *syphilis conjugale*. Enfin M. Bellière (2) a rapporté le cas d'une femme, qui communiqua la syphilis à quatre amants successifs qui tous quatre devinrent paralytiques généraux. Cet auteur se demande à ce sujet si la localisation de la vérole sur le système nerveux ne tiendrait pas aussi à la qualité du virus pathogène.

Beaucoup de ces faits sont, il faut l'avouer, en faveur de l'hypothèse qui fait de la syphilis un facteur important de la paralysie générale. Comment se comporte-t-elle ? Comme cause efficiente, principale, dont les auxiliaires seraient l'alcoolisme, le surmenage etc., ou comme cause occasionnelle agissant sur un terrain prédisposé ? Cette dernière opinion a été maintes fois exprimée par M. le Pr Joffroy (3) qui s'est attaché à montrer la fréquence, chez les paralytiques généraux syphilitiques ou non, des antécédents héréditaires vésaniques et névropathiques. La tare héréditaire du sujet serait pour lui le facteur principal de la maladie cérébrale ; mais il n'en reste pas moins que la syphilis augmente la susceptibilité morbide de l'individu dans une proportion considérable. Sur un terrain prédisposé, c'est un des meilleurs engrais pour faire germer la paralysie générale, mais ce n'est pas le seul.

Au point de vue anatomique, on croit généralement que la paralysie générale, d'origine syphilitique, pas plus que le tabes de même nature, n'a de lésions particulières. Cela expliquerait pourquoi jamais le traitement spécifique n'a réussi dans ces cas. Aussi quelques médecins, ne l'essayent même plus. La vérole ayant amorcé la méningo-encéphalite, n'a plus d'action sur cette lésion qui, véritable affection *parasyphilitique* (Fournier), évolue à sa manière et sans trop se souvenir de son origine.

Ce qu'il faut retenir cependant, c'est que la syphilis peut, en déterminant des lésions de l'encéphale (gomme, artérite, exostose), provoquer des complexus symptomatiques qui rappellent beaucoup la

(1) Cullerre. Note sur la paralysie générale conjugale, *Congrès des médecins aliénistes* (Session de Rouen, 1890), *C. R.* 1891, 240.

(2) Morel-Lavallée et Bellières. Ouvr. cité, 112, et *Gaz. des Hôpit.*, 1892, 303.

(3) Joffroy. *Leçons faites à l'asile Sainte-Anne*, 1894-95.

paralysie générale, sans toutefois l'être. Les caractères différentiels de ces deux états morbides, qui d'ailleurs peuvent quelquefois être associés [1], ont été donnés bien souvent. M. Joffroy [2] les a résumés dans une leçon récente : les attaques épileptiformes et l'hémiplégie se comporteraient d'une façon sensiblement analogue dans les deux cas, et l'on peut rencontrer aussi la même démence et les mêmes idées délirantes. La céphalalgie serait plus fréquente et plus intense dans la syphilis, ainsi que l'aphasie motrice ; l'aphasie sensorielle peut se rencontrer dans les deux, mais c'est un phénomène peu commun. Les paralytiques ont rarement du strabisme comme les syphilitiques, mais plus souvent de l'inégalité pupillaire et de l'abolition des réflexes lumineux et accommodateur, tandis que l'embarras de la parole chez ces derniers ressemble plutôt au bredouillement des aphasiques. Les troubles morbides de la période d'état sont ordinairement stationnaires dans la syphilis et à marche progressive dans la paralysie générale, tellement que si, après quelques années d'évolution, on n'observe pas de signes physiques graves (signe d'Argyl Robertson, embarras spécial de la parole), il faut écarter l'hypothèse d'une paralysie générale.

11. Blennorrhagie. — C'est une maladie infectieuse qui a des complications nerveuses [3] assez bien connues aujourd'hui. Parmi celles-là on peut rencontrer des troubles cérébraux qui ont d'abord été mis sur le compte du rhumatisme blennorrhagique [4]. Mais il est plus logique de faire dépendre les manifestations articulaires et encéphaliques de la même cause infectieuse. C'est peut-être ordinairement par l'intermédiaire d'une méningite (Cullerre [5]) ou encore d'un ramollissement cérébral (Pitres [6]) que les troubles men-

(1) On trouve alors, à côté d'une lésion syphilitique (gomme ou artérite) des altérations propres à la paralysie générale.

(2) Joffroy. *Syphilis et paralysie générale*, leçon faite à l'asile Sainte-Anne le 26 janvier 1895.

(3) Paul Raymond. Les complications nerveuses de la blennorrhagie, *Gaz. des Hôpit.*, 1891, 957.

(4) Bonnet. *Complications cérébrales du rhumatisme blennorrhagique*, Th. Paris, 1877.

(5) Cullerre. *Ann. méd. psych.*, 1894, sept.-oct.

(6) Pitres. *Revue neurologique*, 1894.

taux se produiraient. Mais il en existe d'autres qui ressortissent au fond névropathique du sujet. Il n'est pas rare en effet de voir des malades qui présentent, au cours d'une chaude pisse, un état de dépression et des idées mélancoliques, dont les troubles somatiques ne rendent compte qu'à demi : ce sont des prédisposés, qui délirent à l'occasion de la blennorrhagie comme ils l'auraient fait dans toute autre circonstance pathologique analogue.

12. Rhumatisme articulaire aigu.— On peut ajouter à la fin de ce chapitre des maladies infectieuses le rhumatisme articulaire aigu, qui, par son évolution et peut-être par son étiologie, se rapproche beaucoup de celles qui ont été étudiées ici. On n'en connaît pas l'agent toxique, pas plus d'ailleurs que ceux des fièvres éruptives, qui n'en sont pas moins considérées comme des états infectieux. Ce sera donc la transition qui nous mènera naturellement aux maladies générales.

MM. Mabille et Lallemant (1) divisent les troubles cérébraux, qui apparaissent dans le rhumatisme, en: 1° ceux qui surviennent en même temps que l'attaque rhumatismale et que la fièvre, et qui se présentent sous l'aspect de délires diffus hallucinatoires avec agitation (2). Ces accès durent en général peu, quelques semaines en moyenne, et parfois sont mortels en quelques heures (Trousseau). Ils sont souvent liés à l'hyperthermie et accompagnent d'autres fois une méningite. L'hérédité n'a pas toujours été notée. Il y a encore d'autres complications (pleurésie, endocardite), qui peuvent retentir sur les fonctions psychiques et qui expliquent la diffusion de l'action rhumatismale.

2° Ceux qui alternent avec les manifestations articulaires (Guislain, Morel). L'observation de M. Mesnet est à ce point de vue la plus curieuse. Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, sans antécédents héréditaires, qui présenta pendant plusieurs jours des troubles délirants avec hallucinations surtout visuelles, lesquelles apparaissaient quand les articulations étaient libres et disparaissaient quand ces dernières étaient gonflées et douloureuses. On

(1) Mabille et Lallemant. *Les Folies diathésiques*. 1891, 8.

(2) Giraud. *Du Délire dans le rhumatisme articulaire aigu*, Th. Paris, 1871.

trouvera d'autres faits dans le mémoire de MM. Mabille et Lallemant. La fièvre n'existe en général pas. Des alternatives d'excitation et de stupeur avec hallucinations terrifiantes dominent la scène délirante. La prédisposition est dans ces cas plus manifeste, ainsi que dans le groupe suivant.

3° Dans une troisième catégorie rentrent les cas de folies consécutives au rhumatisme. La plupart sont des états de dépression mélancolique avec paresse cérébrale ou stupeur. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe présentent le même caractère terrifiant. La guérison survient ordinairement, quoique lentement. La paralysie générale peut apparaître dans la convalescence du rhumatisme aigu, ainsi que le prouve une observation (1).

4° Le rhumatisme articulaire aigu survenant chez des aliénés, tel est le 4e groupe, qui n'entre pas tout à fait dans le sujet qui est traité ici.

MM. Mabille et Lallemant passent en revue les diverses pathogénies acceptables de ces troubles mentaux divers, la fièvre, élément banal, les complications cardiaques, assez rares, et s'arrêtent sur les fluxions rhumatismales cérébrales ainsi que sur l'altération du sang plus fluide, déglobulinisé et probablement chargé de produits toxiques encore inconnus.

13. Considérations générales. — J'arrêterai là les quelques exemples nécessaires pour faire comprendre le rôle des maladies infectieuses dans la genèse des troubles mentaux. On pourrait encore citer les septicémies chirurgicales qui s'accompagnent souvent de délire. Il n'est d'ailleurs pas d'infection, même localisée, qui ne puisse avoir ces conséquences. Un panaris profond a déterminé un accès de mélancolie qui redoublait d'intensité et s'atténuait parallèlement aux symptômes physiques. Mais il est possible d'émettre dès maintenant quelques considérations générales sur les délires liés aux maladies infectieuses.

Il faut d'abord remarquer que la plupart de ces états morbides sont aigus ou ont des épisodes aigus. Les troubles mentaux peuvent donc être assez naturellement divisés en délires de la période

(1) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 53.

fébrile et délires de la convalescence, les uns et les autres étant quelque peu distincts par leur aspect, leur marche et leur pathogénie. Bien des maladies aiguës, telles que la pneumonie, la pleurésie, les angines, les métrites puerpérales et autres inflammations locales, qui toutes se manifestent par de la fièvre et ont très souvent un élément infectieux, pourraient sans inconvénient être réunies, pour la commodité de la description, aux maladies infectieuses aiguës. Mais les divisions, nécessaires pour d'autres considérations, ont réparti dans des chapitres différents bien des états morbides semblables dans leurs manifestations psychopatiques. Si, par exemple, la plupart des folies puerpérales post-partum se rapprochent par leur origine septique des psychoses liées à des maladies infectieuses, celles qui surviennent durant la grossesse seraient plus à leur place à côté des délires produits dans les maladies par troubles de la nutrition, par insuffisance hépatique ou rénale par exemple. Ce chapitre s'applique donc à d'autres cas que ceux qu'il tend à résumer immédiatement, de même que quelques-uns des faits qu'il comprend pourraient trouver d'autres explications ailleurs.

Le délire, lié à une maladie infectieuse aiguë, peut être fébrile ou post-fébrile. Dans le premier cas, il est le plus souvent bruyant, diffus, hallucinatoire; c'est le délire de la pathologie interne. Il est en somme constitué par un accès de manie transitoire, et ce qu'on appelle le délire aigu n'est peut-être qu'une maladie infectieuse (1). Parfois, on a affaire à du subdelirium avec tendance à la stupeur. Dans tous ces cas, la conscience est troublée, les idées sont incohérentes; c'est le délire vulgaire, tel que se le représente le profane. Son évolution est généralement de courte durée; mais parfois il peut se prolonger et prendre toutes les formes vésaniques connues. On a voulu expliquer ces troubles mentaux par des lésions congestives et inflammatoires du cerveau et de ses enveloppes, par des phénomènes réflexes. La fièvre, qui n'est pas toujours en rapport avec les troubles psychiques, doit jouer cependant un rôle important dans la genèse de ces délires, par son retentissement sur la nutrition et la circulation du cerveau. Mais elle-même n'est,

(1) Briand, *Du délire aigu*, Th. Paris, 1881.

comme le délire, qu'un des symptômes de l'infection, dont une des actions se porte sur les cellules nerveuses, irritées par les toxines.

D'ailleurs toutes les lésions de la maladie infectieuse peuvent retentir sur le cerveau. Une néphrite secondaire avec insuffisance rénale, une hémorrhagie cérébrale, des troubles respiratoires, une endocardite ont parfois comme effets de provoquer des délires. Dans cet enchaînement de causes et d'effets morbides, il est souvent difficile de dire le phénomène pathologique qui a désorganisé les fonctions intellectuelles. Il semble toutefois que le plus souvent c'est l'action directe des produits solubles des microbes sur le cerveau qui est responsable de ces désordres ; il faut ajouter l'action des produits toxiques de nos propres cellules, non suffisamment éliminés ou sécrétés en trop grande quantité, et déterminant des phénomènes d'auto-intoxication. Cela explique les faits où le délire survient alors qu'il n'y a pas encore de fièvre et aussi le rapport assez fréquent, sinon constant, entre l'intensité de la maladie infectieuse et les phénomènes délirants.

En résumé, les délires fébriles sont comparables à ceux produits par une intoxication minérale, alcool ou plomb. Enfin ce qui caractérise encore les troubles mentaux de cette période, c'est qu'ils nécessitent une prédisposition vésanique moins grande. Là-dessus tous les observateurs sont d'accord. Les conditions somatiques du délire étant données, celui-ci est à peu près fatal, mais il ne se prolonge pas à moins d'aptitude spéciale.

Les psychoses post-fébriles sont les plus étudiées, car elles constituent parfois des aliénations mentales persistantes. La fièvre typhoïde serait une des maladies infectieuses, où cette complication s'observerait le plus souvent. Les hommes y seraient peut-être plus prédisposés que les femmes, probablement parce que les maladies aiguës sont moins fréquentes chez ces dernières. Les délires, dûs à la fièvre typhoïde et au rhumatisme, frappent les jeunes gens au-dessous de 30 ans ; ceux liés à la pneumonie et à l'influenza après cet âge. Toutes les formes vésaniques ont été observées. Cependant l'une d'elles, la confusion mentale a été souvent notée. Décrite en France par Esquirol (1), sous le nom de *démence aiguë*, et par Dela-

(1) Esquirol. Ouvr. cité, II, 259.

siauve (1), sous celui de *stupidité*, elle répond aussi en partie à ce que Baillarger (2) appelait, avec Griesinger, la *démence agitée*, et, avec Georget et Etoc-Demazy, la *stupidité*.

Dernièrement M. Chaslin (3) remettait en honneur cette forme mentale dont l'étude avait été, dans ces derniers temps, délaissée en France. Depuis, quelques travaux ont paru sur cette question, notamment ceux de M. Charpentier (4), de M. Séglas (5), de M. Hannion (6), et une revue (7) que j'ai écrite et à laquelle j'emprunte le résumé qui suit. Les rapports de ce que nous comprenons en France sous le nom de *confusion mentale* avec les faits analogues des classifications allemandes ont été bien étudiés par M. Roubinovitch dans des conférences faites à la clinique de Ste-Anne et encore inédits.

Tous les processus de l'idéation sont, dans la confusion mentale, diminués. Les malades ont une perception externe obtuse, ainsi que l'avaient remarqué Becquet dans les états d'inanition et Béhier (8) chez les convalescents des maladies graves. Les objets environnants font sur eux une impression vague ; ils sont toujours dans un état de distraction profonde, et c'est là leur manière d'être habituelle et la caractéristique de leur pensée. Il s'ensuit qu'ils paraissent complètement perdus, cherchant à comprendre ce qui se passe autour d'eux et y parvenant mal ou pas. Les sensations nouvelles ne s'emmagasinent plus à l'état de souvenirs précis ; les malades deviennent ainsi incapables de conserver les notions de temps et de lieu et ne savent plus où ils sont, ni depuis quand ils sont là. On est étonné de trouver tous ces faits de mémoire flottant sans lien et se groupant d'une manière incohérente, qui est réflétée

(1) Delasiauve. Du diagnostic différentiel de la lypémanie, *Ann. méd. psych.*, 1851, III, 406 et suiv.

(2) Baillarger. *Recherches*, ouvr. cité, I, 625.

(3) Chaslin. La confusion mentale primitive, *Ann. méd. psych.*, 1892, XVI, 225. — *La confusion mentale primitive*, 1895.

(4) Charpentier. Folie et auto-intoxication, *Revue génér. de cliniq. et de thérapeut.*, 1893, 484.

(5) Seglas. *Un cas de folie post-cholérique*, ouvr. cité.

(6) Hannion. *La confusion mentale*, Th. Paris, 1894.

(7) Ed. Toulouse. Les psychoses post-influenziques ; la confusion mentale, *Gaz. des Hôpit.*, 1893, 583.

(8) Béhier. *Gaz. des Hôpit.*, 22 janv. 1870.

dans les discours. Et c'est en cela que ces malades peuvent être le mieux caractérisés et différenciés des autres malades, des déments par exemple, auxquels ils ressemblent parfois. Les images chez eux ne sont pas effacées, mais il semble qu'on les ait brouillées comme un jeu de cartes. Dans des cas de ce genre, j'ai pu obtenir, chez des individus instruits, des réponses qui indiquaient une conservation très grande des connaissances acquises à l'école (arithmétique, géométrie, histoire). La conscience de la personnalité, qui est la résultante d'une foule de petites perceptions étroitement coordonnées, se désagrège. Ce manque de synthèse a pour conséquence dernière de l'automatisme psychologique (1). Des hallucinations, c'est-à-dire de fausses perceptions et des conceptions morbides, c'est-à-dire des idées reliées illogiquement, s'élèvent, se détruisent, vivent pêle-mêle, incapables de s'ordonner dans le dessin d'une trame délirante quelque peu serrée. L'activité elle-même, n'étant plus dirigée méthodiquement, s'exerce sans contrôle et sans mobile raisonnable ; les malades crient, gesticulent, frappent, essayent de fuir, d'une façon impulsive et aveugle. Les centres moteurs sont en pleine anarchie comme les centres sensoriels ; et les mouvements, de même que les hallucinations, traduisent cette dissociation psychologique.

Cliniquement, ces malades, qui peuvent être agités par moments, sont ordinairement déprimés et quelquefois jusqu'à la stupeur. Ils ont une physionomie étonnée et souvent niaise : leur regard est sans direction précise ; ils paraissent chercher continuellement à se ressaisir, à percer le mystère qui les enveloppe. Ils ressemblent surtout à des rêveurs éveillés. Ce qui domine chez eux, c'est l'asthénie cérébrale. Aussi a-t-on cherché l'explication de ces états morbides dans les phénomènes d'épuisement, qui surviennent, dans les maladies aiguës, au moment de la banqueroute de la nutrition (Féré). L'organisme est affaibli, diminué dans sa vitalité, et le cerveau, mal nourri, ne peut reprendre ses fonctions normales. C'est une fatigue extrême et chronique. Au fond, la confusion mentale, telle qu'elle est actuellement constituée, n'est encore qu'un symptôme, un gros symptôme qui ne paraît pas constituer une maladie essentielle, primitive, et qui sera dissocié à mesure qu'une analyse plus fine

(1) Pierre Janet. *L'automatisme psychologique*, 2e édit. 1894.

aura établi des groupements homogènes. C'est une étiquette utile pour classer, tout au moins provisoirement, des individualités cliniques qui ne peuvent être caractérisées par l'agitation seule (excitation maniaque) et qui ne sont pas non plus de la démence.

Quoiqu'il en soit, l'infection paraît être là en cause. On connaît son action presque de choix sur le système nerveux. On a pu dire qu'il n'y aurait bientôt plus d'infection dépourvue de névrite (1). Mais les conséquences éloignées des phénomènes infectieux sur l'axe myélencéphalique peuvent être le tabes, la sclérose en plaques, l'épilepsie (2) et notamment la paralysie générale, comme on l'a vu plus haut. Certes l'infection est dans ces cas guidée par une certaine prédisposition qui indique les lésions à faire. Il n'en est pas moins vrai qu'elle a une grande puissance pour actionner cette aptitude morbide. Les effets ultimes des troubles de nutrition causés par les agents infectieux sont des plus divers. M. Charrin (3) inocule à des lapins le bacille du pus bleu, qui provoque d'abord de la fièvre et de l'albuminurie ; puis les sujets guérissent en apparence complètement. Un an après, ces lapins meurent scléreux, les reins atteints de néphrite interstitielle, le ventricule gauche hypertrophié. C'est comme cela qu'on peut se représenter le rôle des infections dans les complications tardives du système nerveux, et notamment dans la production de la paralysie générale où l'on ne reconnaît plus de signature étiologique. Encore faut-il admettre que bien des faits sont obscurs dans cette théorie.

M. Joffroy (4) fait volontiers remarquer que l'infection peut se rencontrer dans toutes les maladies viscérales et dans bien d'autres états morbides, et que c'est là en somme une notion étiologique assez banale. C'est vrai, et il est probable que, ici comme ailleurs, la production des troubles mentaux a deux conditions essentielles, la prédisposition particulière du sujet et l'infection, qui seraient l'une à l'autre dans un rapport inverse. Un cerveau très

(1) Charrin. *Pathologie générale infectieuse*, ouvr. cité, 135.

(2) P. Marie. Infection et épilepsie, *Semaine médicale*, 1892, 283.

(3) Charrin. *Pathologie générale infectieuse*, ouvr. cité, 116.

(4) Joffroy. *Les psychoses puerpérales*, leçons faites à l'asile Ste-Anne, nov. 1894.

fortement taré sera désorganisé au cours d'une maladie infectieuse légère, incapable de rien provoquer chez un autre mieux constitué.

En résumé, il n'y a pas de délire spécial à chaque maladie aiguë. Le délire, n'étant que la réaction du cerveau à des excitations morbides ou à des troubles nutritifs généraux, ne peut pas refléter, dans sa morphologie, la maladie infectieuse, cause de ces phénomènes pathologiques. Entre celle-ci et le délire, il y a les lésions des tissus et les altérations fonctionnelles, qui sont les vrais facteurs pathogéniques ; aussi toutes les maladies qui produisent ces derniers, donneront lieu, par contre coup, à des symptômes psychopathiques analogues. Elles n'ont des rapports avec les états vésaniques que par l'intermédiaire des troubles — fièvre, adynamie, intoxication, — qui les provoquent. Aussi est-il nécessaire d'étudier les relations qui unissent ces trois termes : le délire, la maladie générale, qui en est l'étiologie, et les lésions secondaires, qui en sont la pathogénie. La prédisposition guide la localisation du processus ; et le caractère et le tempérament de l'individu donnent sa personnalité au délire. Mais il ne faut pas oublier que ce dernier a une base organique représentée par les phénomènes d'infection et de dystrophie des maladies aiguës. Il évolue sur leur terrain, apparaissant et disparaissant avec ceux-là, qui ne sont pas toujours les gros symptômes que l'on voit, l'hyperthermie ou l'albuminurie par exemple.

---

## ARTICLE III.

### MALADIES GÉNÉRALES ET CUTANÉES

La plupart des maladies généralesentrent dans ce qu'on appelle les états diathésiques. Ce chapitre sera donc surtout consacré à l'étude des troubles psychopathiques liés à ces derniers, auxquels je

joindrai d'autres entités morbides, qui, comme les dermatoses et le cancer, sont si proches d'eux. Je ne dirai rien de quelques états généraux, comme la *chlorose*, ou de certains syndrômes, tels que l'*anémie*, par exemple celle consécutive à une hémorrhagie (1), qui peuvent s'accompagner de troubles mentaux appartenant par leur pathogénie à d'autres chapitres.

Le double mouvement, dans la particule protoplasmique, d'introduction de molécules nouvelles et d'expulsion de ces molécules après qu'elles ont subi une transformation, c'est toute la nutrition (2). Or « la diathèse est un trouble permanent des mutations nutritives » (3). Ce n'est pas un état morbide comme la syphilis ou l'alcoolisme (Grasset), mais une aptitude, un tempérament morbide.

Il y aurait deux états diathésiques : la scrofule, et l'arthritisme ou l'herpétisme (Lancereaux). Dans l'arthritisme, la nutrition est retardante, paresseuse, transformant moins de matières en un temps donné et laissant dans l'organisme des produits incomplètement élaborés (acides urique, oxalique, gras volatils, etc...). La conséquence est la formation de dyscrasies acides diverses. Celles-ci engendrent l'oxalurie, des altérations du squelette (rachitisme, ostéomalacie), l'obésité, qui est caractérisée par l'insuffisante destruction de la graisse, la lithiase biliaire, provenant de la précipitation de la cholestérine, le diabète, où le sucre encombre le sang, la gravelle et la goutte, entretenues par une élaboration insuffisante de la matière azotée.

La diathèse scrofuleuse se rapproche beaucoup de l'arthritisme et ne s'en distingue que par une aptitude extrême aux fluxions chroniques sans tendances à la résorption. Et l'on peut en somme dire (Crocq fils) (4) qu'il n'y a qu'un seul état morbide, la Diathèse, qui est primitivement un trouble du système nerveux se manifestant par des lésions variées de tous les appareils.

(1) Van den Bosch. In *Ann. méd. psych.*, 1882, VIII, 158.

(2) Legendre. Ouvr. cité, 242 et suiv.

(3) Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 2e édition, 1883, 377.

(4) Crocq fils. La folie diathésique. *Gaz. hebdomad.*, 1894, XLI, 304, 315, 339 et 351.

Les troubles de la nutrition sont parfois acquis. Ils existent dans toutes les maladies aiguës ou chroniques. A la suite de certaines infections, le tempérament se trouve encore modifié ; ainsi, après la rougeole, le lymphatisme peut s'accentuer jusqu'à la scrofule. Quelques-uns sont devenus obèses après une fièvre typhoïde (1). Il y a d'ailleurs des rapports étroits qui unissent tous les processus pathologiques, maladies de la nutrition, maladies par réaction nerveuse, dystrophies élémentaires autonomes et infections. Ainsi la fièvre et l'albuminurie peuvent être causées par des toxines (diphtérie), par les sécrétions de nos cellules (goutte), enfin par des réactions nerveuses de l'axe cérébro-médullaire (2).

1. Rachitisme. — Les signes du rachitisme se rencontrent souvent chez les idiots. On doit cependant remarquer que les déformations rachitiques peuvent coexister avec une certaine vivacité d'intelligence, l'esprit d'à-propos et des saillies, comme on l'observe chez quelques bossus. La plupart des bouffons, qui amusaient les rois et les grands seigneurs, étaient des rachitiques, et, parmi ceux-là, certains étaient réellement intelligents. Il est vrai que d'autres furent de pauvres infirmes intellectuels, beaucoup plus proches de l'idiot que de l'homme d'esprit. Tel était ce fameux Triboulet (3), que l'art puissamment imaginatif de Victor Hugo a transformé en un personnage plein d'esprit et de raison.

2. Gravelle. — Sans nous arrêter à l'*ostéomalacie*, maladie très rare, ni à l'*obésité*, où il existe souvent de la torpeur intellectuelle, il est bon de signaler la *lithiase biliaire* comme condition étiologique de la folie.

Quand on fait des autopsies d'aliénés, on est étonné du nombre considérable de sujets, de femmes surtout, chez lesquels on rencontre des calculs biliaires. Snell (4) les a trouvés deux fois plus souvent chez les fous que chez les gens sains. Cette proportion croîtrait chez les femmes avec l'âge ; mais elle serait plus grande dans la pa-

(1) Legendre. Ouvr. cité, 275.

(2) Charrin. *La pathologie générale infectieuse*, ouvr. cité, 116.

(3) Paul Moreau (de Tours). Fous et bouffons, *Encéphale*, 1884, 536.

(4) Snell. In *Arch. de neurol.*, 1894, XXVII, 458.

ralysie générale, pour le sexe masculin, et dans la démence et la mélancolie, pour l'autre sexe. Les calculs biliaires peuvent engendrer secondairement des troubles mentaux par les coliques hépatiques qui agissent de différentes manières (douleur, fièvre, intoxication biliaire). La gravelle rénale prête à des considérations analogues.

3. Diabète. — L'influence du diabète sur la production des troubles nerveux n'est pas connue depuis très longtemps. Marchal (de Calvi) (1) parait être le premier qui ait éveillé l'attention sur ce fait que certains troubles cérébraux pouvaient être non les causes, comme on le croyait jusqu'alors, mais les effets du diabète. Après lui on s'est occupé de cette question, que Cotard (2) et MM. Bernard et Féré (3) ont étudiée dans des mémoires importants.

Les diabétiques sont sujets à des troubles intellectuels divers. Le plus souvent ils présentent de la torpeur intellectuelle, de l'apathie et de l'aboulie (4) qui peuvent prendre l'aspect d'une démence paralytique. Le malade est très affaibli physiquement et psychiquement; la parole est difficile et l'écriture incorrecte. Il ne paraît pas avoir une conscience bien nette de sa situation et manifeste des conceptions enfantines ou absurdes. La démarche est incertaine ; le malade gâte quelquefois. Et l'on se demande si l'on a affaire à une paralysie générale, d'autant que Marchal (de Calvi) en a rapporté un cas d'après Delpech. Parfois au contraire, mais plus rarement, il présente de l'excitation, qui procède par paroxysmes (Lécorché) (5). Dans tous les faits de ce genre, il est difficile d'affirmer que la paralysie générale est bien consécutive au diabète, car on a observé au début de la démence paralytique (Rouillard) (6), une

(1) Marchal (de Calvi). *Recherches sur les accidents diabétiques et essai d'une théorie générale du diabète,* 1864.

(2) Cotard. Aliénation mentale et diabète, *Arch. génér. de méd.*, 1877, XXIX, 257.

(3) Bernard et Féré. Des troubles mentaux observés chez les diabétiques. *Arch. de neur.*, 1882, IV, 336.

(4) Legrand du Saulle. *Gaz. des Hôpit.*, 1877, 1178.

(5) Lécorché. Troubles nerveux dans le diabète chez la femme, *Arch. de neurol.*, 1885, X, 406.

(6) Rouillard. *Ann. méd. psych.*, 1888, VII, 432.

glycosurie passagère, qui pourrait très bien être un des nombreux symptômes de cette maladie complexe. Il est d'ailleurs possible que la glycosurie soit, même chez les aliénés, plus commune qu'on ne l'a cru. Si on ne la rencontre pas plus souvent, c'est peut-être qu'on ne la recherche pas d'ordinaire. M. Lailler (1) l'aurait assez fréquemment constatée.

Des idées délirantes ont été observées au cours du diabète. Toutefois rien n'autorise la constitution d'une vésanie spéciale à cette maladie. Il faut signaler seulement les idées de suicide qui, d'après Legrand du Saulle (2), seraient assez fréquentes, ainsi que des idées de persécution, des obsessions et des impulsions diverses observées par M. Lécorché (3).

Ce qui est intéressant à retenir, c'est que les troubles mentaux peuvent alterner avec les symptômes diabétiques ou au contraire suivre une marche parallèle, ainsi qu'on le voit ailleurs, sans qu'il y ait un rapport bien net de causalité entre les désordres psychiques et la glycosurie, qui tous deux seraient des expressions différentes du même trouble général. Parfois le traitement améliore en même temps l'état physique et l'état mental (Legrand du Saulle) (4).

La pathogénie de ces accidents, quelquefois intermittents, doit être recherchée dans l'auto-intoxication, constante dans le diabète, mais dont les conditions chimiques ne sont pas encore établies. Kussmaul, qui avait produit, par des injections d'acétone, des phénomènes d'ivresse, chez les animaux admettait que ce corps pouvait provoquer un délire aigu semblable à celui de l'alcool. Et Lécorché (5), qui rappelle ce fait, a décrit des cas de manie aiguë chez des diabétiques où l'acétone s'éliminait par les poumons et les urines. D'autre part, on a attribué ces crises d'agitation à la déshydratation de la substance nerveuse (Rancke). On sait aussi que l'azoturie ne paraît pas accompagner toujours le diabète (Bouchard), ni les trou-

(1) Lailler. De la glycosurie chez les aliénés, *Ann. méd. psych.*, 1869, II, 1.

(2) Legrand du Saulle. *Gaz. des Hôpit.*, 1877, 1177 et suiv.

(3) Lècorché. *Troubles nerveux dans le diabète*, ouvr. cité, 402.

(4) Legrand du Saulle. *Gaz. des Hôpit.*, 1877, 1177. — Mabille et Lallemant, ouvr. cité, 128.

(5) Lécorché. *Troubles nerveux dans le diabète*, ouvr. cité, XI, 55 et suiv.

bles mentaux diabétiques (Mabille et Lallemant) (1). Pour M. Lancereaux, le diabète maigre serait une maladie causée par l'altération du pancréas, qui ne pourrait plus produire un ferment spécial (Lépine), nécessaire pour que le glycose soit détruit dans le sang. Parmi les autres conditions pathogéniques de ces désordres psychiques, il faut mentionner les altérations du système nerveux (hémorragie, ramollissement et œdème cérébral) et des autres viscères. Enfin il ne faut pas négliger l'influence de la prédisposition, qui joue certainement un rôle important dans la localisation des troubles nerveux diabétiques. Elle est prouvée par la fréquence du diabète dans les familles à tares névropathiques (2).

4. Goutte. — L'association de la goutte avec les troubles mentaux a été observée de tous temps. On a voulu décrire un état psychique propre aux individus atteints de cette maladie. Mais les caractères donnés, l'hypochondrie, l'irritabilité, le défaut d'attention, les changements d'humeur, se retrouvent ailleurs.

Les psychopathies peuvent se montrer en même temps que les accès de goutte et dépendent alors de la fièvre ou de l'empoisonnement du sang, dont l'un des signes est l'excès d'acide urique dans les urines. Il se passe là quelque chose d'analogue à ce qui a lieu dans le rhumatisme articulaire aigu. Souvent ces désordres psychiques sont de courte durée (Legrand du Saulle). Mais ces troubles mentaux précèdent parfois aussi l'accès de goutte (Féré) (3).

D'autres fois il y a alternance entre les symptômes cérébraux et les manifestations articulaires. Guislain (4) avait particulièrement insisté sur les phénomènes de métastase, qui pouvaient faire retentir la goutte et le rhumatisme sur l'encéphale. M. Dagonet a fait aussi la même remarque. C'est ainsi que des accès délirants ou simplement des modifications dans les dispositions d'esprit et le caractère du malade se sont montrés au moment de la cessation des

(1) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 121.

(2) Guinon et Souques. Association du tabes avec le diabète sucré, *Arch. de Neurol.*, 1891, XXII, 305, et 1892, XXIII, 48.

(3) Féré. *La pathologie des émotions*, 1892, 521.

(4) Guislain. *Leçons orales*, ouvr. cité, I, 430.

gonflements ; dans certains cas, ces phénomènes ont disparu quand les arthrites sont revenues (1).

L'accès de goutte peut paraître guérir un accès vésanique (2), datant même de plusieurs années (Lorry). Enfin la goutte coexiste quelquefois avec l'aliénation mentale sans qu'on puisse établir un rapport d'évolution entre ces deux ordres de phénomènes.

Parmi les vésanies qui suivent les accès de goutte et les remplacent, on observe surtout des états mélancoliques ou de dépression avec prédominance d'hallucinations. Dans la goutte rétrocédée, l'excitation maniaque serait plus fréquente. Quelquefois encore on constate chez les goutteux un affaiblissement des facultés intellectuelles ; cet état démentiel pourrait en imposer pour la paralysie générale qu'on a vu succéder à la goutte (Charcot 3), quoique le fait soit des plus rares et ait été même nié par certains auteurs.

Une des conditions de ces symptômes cérébraux serait l'auto-intoxication dont l'uricémie ne rend pas compte (Bouchard). Cet empoisonnement a été expliqué par l'urémie (4). Les troubles vasculaires du cerveau (athérome artériel) peuvent être tenus responsables de certains accidents mentaux, de l'affaiblissement psychique par exemple.

Le *rhumatisme chronique progressif* se rapproche beaucoup de la goutte ; il procède par des accès douloureux et fréquents pour aboutir en fin de compte, comme la podagre, à des déformations articulaires. Il ne doit pas être confondu avec le rhumatisme articulaire aigu, qui a une allure de maladie infectieuse et a qui été pour cela étudié dans un autre chapitre. Son étude a été faite par Adams, E. Vidal, Garrod et surtout par Charcot. Bien que la polyarthrite déformante progressive se rencontre assez fréquemment chez les aliénés, ses rapports étiologiques avec la folie ne sont pas encore bien connus.

5. Obésité. — L'adiposité, qui fait partie de la famille arthritique,

(1) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 108 et 109.

(2) Féré. *La famille névropathique*, 1893, 152.

(3) In Féré. La famille névropathique, *Arch. de neur.*, ouvr. cité, 186.

(4) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 108.

est fréquente chez certains dégénérés, chez les idiots par exemple. On peut la considérer quelquefois comme le résultat d'un trouble trophique Toutefois les relations de l'obésité avec les désordres psychiques ont été peu étudiées. MM. Mabille et Lallemant (1) ont observé un malade qui, durant ses crises d'agitation, maigrissait et ne pesait que 73 kilos, et, dans sa période de calme mélancolique, atteignait jusqu'au poids de 98 kilos ; l'hypoazoturie (8 à 15 gr. d'urée par jour) indiquait un ralentissement de la nutrition. Toutefois ces auteurs croient que cette adiposité était l'effet et non la cause de la maladie mentale.

6. La SCROFULE est un état diathésique qui se rapproche beaucoup de l'arthritisme (Bouchard) et frappe souvent les idiots et les aliénés ; mais il faut tenir compte qu'elle est assez répandue, ce qui enlève à sa présence chez un malade toute signification précise. Il est d'observation courante que les scrofuleux ont d'ordinaire une intelligence lente et sont apathiques. Les effets psychopathiques de la tuberculose, qui les frappe d'habitude, ont été analysés à propos des maladies infectieuses.

7. MALADIES CUTANÉES. — Bien souvent elles ne sont que l'expression d'un trouble permanent de la nutrition portant sur tout l'organisme ; et elles constituent l'herpétisme qui n'est en somme qu'une des faces de l'arthritisme. On tend aujourd'hui à considérer les dermatoses comme dépendant des troubles nerveux (Lancereaux). C'est ainsi que M. Bourdillon a envisagé le *psoriasis*. Et l'on sait d'autre part que les lésions cutanées sont fréquentes chez les névropathes (Féré) et les aliénés (Fèvre) (2).

En laissant de côté la pellagre examinée ailleurs, on peut dire que les maladies de la peau sont le plus souvent des symptômes plutôt que les causes des troubles névropathiques, ou mieux encore que les uns et les autres sont des manifestations diverses d'un même état morbide primitif.

Cependant il est bien possible que les troubles cutanés puissent

(1) MABILLE et LALLEMANT. Ouvr. cité, 137.

(2) FÈVRE. Des altérations du système cutané dans la folie, *Ann. méd. psych.* 1876, XV, 26 et 198.

retentir, soit par leur apparition, soit par leur disparition, sur le système nerveux central et provoquer ainsi des désordres psychiques. Les anciens médecins notaient volontiers ces coïncidences morbides. Esquirol disait « que la folie dépendait souvent du vice psorique (1) ». Guislain (2) avait remarqué la propension des maladies de la peau à se porter sur le système nerveux et avait observé « des affections dartreuses » qui alternaient avec la folie, apparaissant quand celle-ci tendait vers la régression et disparaissant au contraire lorsque les troubles psychiques se montraient.

Berthier (3), qui relate beaucoup de cas de névroses liées à l'herpétisme, constate que, parmi celles-ci, c'est l'aliénation mentale qui prédomine. Il admet la justesse de l'opinion de Guislain, qui pensait que les « dartres » atteignaient le moral quand l'éruption avait lieu à une époque irrégulière et quand elle ne pouvait se développer pleinement, soit par débilité générale, soit par suite d'un traitement. De leur côté, MM. Mabille et Lallemant (4), font des réserves au sujet de la *gale* qui, disent-ils, étant une maladie parasitaire, ne peut donner lieu à ce que les anciens appelaient une métastase. Pourquoi donc ? Est-ce que l'existence du parasite empêche que les lésions cutanées puissent engendrer des troubles de la nutrition et consécutivement des désordres intellectuels ? La lecture des observations publiées par ces derniers auteurs montre que les dermatoses semblent provoquer parfois des troubles mentaux par leur apparition (5). Mais alors, en même temps que l'état mental devient mauvais et que les lésions cutanées s'offrent aux yeux, les urines trahissent souvent les signes d'une nutrition retardante, comme pour prouver que tous ces symptômes ressortissent à une autre cause plus cachée.

Les faits d'alternance des dermatoses et des troubles mentaux sont nombreux aussi (Pinel, Esquirol (6), Morel (7), Mabille et Lalle-

(1) Esquirol. Ouvr. cité, I, 367.
(2) Guislain. Ouvr. cité, 429.
(3) Berthier. *Les névroses diathésiques*, 1875, 86 et suiv.
(4) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 93.
(5) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 98.
(6) Esquirol. Ouvr. cité, I, 367 et 368.
(7) Morel. *Études cliniques*, I, 290 et 291.

mant) (1). Dans ces cas, il s'agit de métastase, c'est-à-dire de transport d'un point à un autre de l'élément fluxionnaire de l'arthritisme, ou de révulsion, tous phénomènes encore bien mystérieux pour nous.

8. — Le CANCER est considéré par certains auteurs comme une maladie contagieuse; et à ce titre il aurait pu être placé dans le chapitre précédent, à côté du rhumatisme articulaire aigu. Mais, même en le considérant de la sorte, on ne saurait nier que ses conditions de contagion sont bien spéciales et qu'il faut un terrain particulier. C'est de cette manière qu'il est permis encore de l'envisager comme une maladie n'évoluant guère que sur des organismes préparés par la diathèse arthritique. Bazin, et dans ces derniers temps Verneuil, ont exprimé cette dernière opinion défendue récemment par Isch-Wall (2). Les tumeurs cancéreuses éveillent des troubles délirants lorsqu'elles affectent l'encéphale et même lorsqu'elles en sont éloignées. Dans le premier cas, il s'agit de lésions cérébrales directes, dont il sera parlé au sujet des maladies encéphaliques. Je dirai ici un mot du second cas.

Esquirol avait remarqué que le cancer de l'estomac pouvait provoquer des conceptions délirantes. C'est là en effet un symptôme qui se montre quelquefois. Chez des sujets prédisposés, les sensations anormales produites par le cancer déterminent des troubles mentaux et surtout influent sur le caractère des hallucinations et la matière du délire. Un aliéné, par exemple, croit avoir dans le ventre un crapaud qu'il sent remuer; il meurt et on le trouve porteur d'un squirrhe du pylore (Bonnet). L'action étiologique est là réduite au minimum, à la forme plus qu'au fond même des désordres psychiques.

Dans d'autres cas, la tumeur maligne engendre un état mélancolique (3), dont la tristesse, causée par l'idée du mal, est un élément. Enfin l'ensemble des modifications nutritives, que le cancer imprime à l'organisme, ont vraisemblablement une influence étiologique prépondérante. Marcé (4) avait remarqué que l'ablation

(1) MABILLE et LALLEMANT. Ouvr. cité, 101.
(2) ISCH-WALL. *Arthritisme et cancer*, Th. Paris, 1891.
(3) MOREL. *Traité des maladies mentales*, 1860, 186, note 1.
(4) MARCÉ. *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, 90.

d'un carcinome du sein pouvait amener la guérison de la folie. M. A Voisin (1) a serré de plus près la question en attribuant en partie à l'anémie, à la cachexie cancéreuse, les troubles intellectuels observés.

Plus tard, M. Bessières (2) s'est occupé des rapports de l'aliénation et du cancer. Il a cru pouvoir conclure de diverses statistiques que le cancer était peu fréquent chez les aliénés, — opinion corroborée par les recherches de Herbert Snow (3). Puis, rappelant les observations de Lagardelle et de Duterque, il en rapporte une nouvelle pour montrer que le cancer, comme d'autres maladies incidentes et surtout comme les manifestations arthritiques, est capable de faire cesser les troubles mentaux par sa seule apparition chez un psycopathe. Enfin, il expose des faits pour montrer le rôle étiologique du cancer sur les maladies mentales.

En résumé, la lecture des observations, publiées par Bessières et par d'autres, prouve l'influence de la prédispostion ; quant aux formes du délire et au rapport d'évolution entre les deux affections, on ne peut encore se faire une opinion là-dessus.

La pathogénie des troubles mentaux des cancéreux doit être recherchée le plus souvent en dehors de la douleur, qui peut éveiller chez quelques individus une certaine sympathie cérébrale, et surtout dans les modifications de la nutrition déterminées par la tumeur. On discute en ce moment beaucoup pour savoir si le cancer est contagieux, c'est-à-dire de nature infectieuse. Quelle que soit l'issue de ce débat, il faut retenir que c'est une maladie anémiante, générale s'il en fût, et que tous les tissus, toutes les fonctions sont plus ou moins altérés au cours de l'évolution carcinomateuse. L'hypoazoturie (4) indiquerait le ralentissement de la nutrition, — d'où auto-intoxication facilement productrice de troubles mentaux. Les altérations du grand sympathique, constatées

(1) A. Voisin. *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 1876.

(2) Bessières. *Du cancer au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale*, Th. Paris, 1881.

(3) Herbert Snow. *The Journal of. ment. sci.*, oct. 1891. anal. in *Arch. de neurol.*, 1893, XXVI, 395.

(4) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 134.

souvent dans les cancers de l'abdomen, seraient aussi, d'après M. Aug. Voisin, un facteur étiologique. Enfin, parmi les autres maladies générales dystrophiques et non diathésiques, il faut citer l'*acromégalie*, qui peut s'accompagner de troubles mentaux, ainsi que le prouve l'intéressante observation de M. Joffroy (1).

9. Considérations générales. — On voit que la plupart des maladies diathésiques (2) et constitutionnelles (3) provoquent volontiers des troubles mentaux, qui, par eux-mêmes, ne présentent aucun signe pouvant les faire distinguer de ceux produits par d'autres maladies. Il n'est pas possible non plus d'admettre un caractère spécial aux arthritiques, que M. Faure (4) a décrit comme susceptibles, ombrageux, irritables et de volonté indécise.

Mais si aucun délire n'est pathognomonique de la diathèse arthritique ni de ses diverses manifestations, ils ont la plupart des rapports étroits avec elles. C'est dans ces cas surtout qu'on a pu observer les phénomènes de métastases. Les faits d'alternance des troubles physiques et psychiques, que l'on rencontre dans le diabète et la goutte, ne sont pas d'une explication facile. « N'est-il pas permis, dit M. Charpentier, de comprendre que sous cette influence constitutionnelle, un même mode explosif, une même mobilité, une semblable évolution brusque ou désordonnée ne puissent se retrouver dans ces troubles cérébraux, si difficiles à classer qu'on est obligé de créer pour chacun une folie nouvelle ou de les réunir tous sous une vague dénomination ? » Ne serait-il pas logique de rapporter ces troubles mentaux à une cause permanente, « l'arthritisme, dont la folie ne serait alors qu'une modalité locale, au même titre que l'asphyxie locale des extrémités, la lésion veineuse du rectum (hémorrhoïdes), le flux séreux de l'articu-

(1) Joffroy. *L'acromégalie*, leçons faites à l'asile Ste-Anne les 23 et 27 février 1895.

(2) Certaines altérations des dents sont liées à un état général et peuvent provoquer des idées délirantes, ainsi que l'a fait justement remarqué M. Poinsot (*L'odontologie*, 1886, 523 et suiv).

(3) Dupouy. Recherches sur les maladies constitutionnelles et diathésiques dans leurs rapports avec les névroses, etc., *Ann. méd. psych.*, 1869, VIII, 21 et 201.

(4) Faure. Influence du rhumatisme sur le caractère, *Arch. génér. de méd.*, 1871, II.

lation ou le sable urique de l'urine? » Il faut remarquer que ces troubles mentaux surviennent, comme les autres accidents arthritiques, par crises, ainsi que l'ont observé MM. Mabille et Lallemant (1).

On a cherché à établir la raison intime de ces associations et de ces dépendances morbides. On sait déjà que les arthritiques sont fréquemment atteints par l'athérome, les maladies du cœur et de la peau, qui peuvent plus ou moins influer secondairement sur les fonctions intellectuelles. Mais il existe d'autres troubles, plus obscurs et probablement plus importants encore, qui constituent les lésions intimes de l'arthritisme. Ce sont les altérations de la nutrition. On admet aujourd'hui que les échanges sont ralentis, ce qui crée, par l'insuffisance de l'élimination des poisons organiques, un état d'auto-intoxication qui doit avoir des relations avec les désordres de l'esprit et du caractère.

Mais comment saisir ces troubles de la nutrition? Par l'examen des humeurs, il est facile de constater que les quantités et la qualité du sérum et des urines ne sont plus normales, bien que les résultats soient si variables qu'on ne puisse en tirer des conclusions fermes. Il semblerait (2) que, dans les états d'excitation, il y a une légère augmentation de l'urée et des matières fixes, et parfois aussi de l'acide urique. On n'est guère fixé sur la quantité d'acide phosphorique éliminée dans ces cas. Ainsi, chez les paralytiques généraux les plus excités, cette quantité ne serait pas supérieure à la normale (3).

Dans les états de dépression, les urines sont rares, plus denses, moins chargées en acide phosphorique (Mairet) et en urée. Mais ce qui dominerait chez les malades nettement arthritiques, c'est la diminution de l'urée et l'excès d'acide urique. Chez eux, les éliminations d'acide urique se feraient par accès ; après ces décharges, par lesquelles l'organisme se purifierait en quelque sorte, l'état mental s'améliorerait. MM. Mabille et Lallemant (4) ont

(1) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 145.

(2) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 141.

(3) Lailler. *Considérations sur l'urine des aliénés atteints de paralysie générale progressive*. Congrès français de méd. ment. (1890).

(4) Mabille et Lallemant. Ouvr. cité, 370.

observé des arthritiques qui présentaient, par crises, et de l'albuminurie et des conceptions mélancoliques. Ce caractère paroxystique a aussi été mis en lumière par M. Colin (1). Il est probable que toutes ces altérations de la nutrition sont les causes, les conditions et non les effets des troubles psychiques, qui peuvent cependant aussi retentir secondairement sur elles.

D'autre part, M. Lemoine (2) s'est attaché à établir les rapports etiologiques qui unissent la paralysie générale à l'arthritisme. Il rappelle qu'on a souvent observé les tendances congestives des paralytiques sans remarquer que ces mêmes tendances organiques étaient propres aux arthritiques. En outre les paralytiques ont fréquemment des antécédents diathésiques. Dix fois sur 30 cas, on a pu noter le rhumatisme, et souvent aussi la migraine, l'eczéma, l'herpès, le lichen, l'ichthyose, l'emphysème et les bronchites à répétition. Quelquefois ces manifestations alternent avec les symptômes cérébraux dûs à la méningo-encéphalite. La paralysie générale évoluerait alors avec des caractères spéciaux, qui seraient la précocité, la rapidité d'allure, la fréquence des accidents apoplectiformes, l'impotence précoce et la curabilité au début. C'est chez les arthritiques que la syphilis et l'alcoolisme produisent le plus facilement la paralysie générale, en déterminant, chez des congestifs de tendances, des fluxions encéphaliques et des lésions vasculaires. Enfin, si l'artério — sclérose, qui envahit tous les organes des paralytiques généraux, est en même temps — dans la moitié des cas — liée à l'arthritisme, il faut admettre qu'entre la lésion cérébrale et cette diathèse, il y a un rapport étiologique évident.

Mais en considérant, d'une part, la fréquence de l'arthritisme et, d'autre part, le nombre des cas de folie avec des altérations de la nutrition, on est en droit de se demander, en élargissant le débat, si la plupart des aliénations dites simples ne sont pas en réalité le plus sou[illegible]s par des troubles dystrophiques ? Les délires auraient monopolisé l'attention des médecins au détriment des autres symptômes, si bien qu'on en est arrivé à ne plus voir que

(1) Colin. Congrès des médecins aliénistes (Session de La Rochelle, 1893).

(2) Lemoine. De l'arthritisme comme cause de paralysie générale. Congrès international de méd. ment. (1889). *C. R*, 1890, 280.

ceux-là qui, « par leur caractère intellectuel, paraissent toute la maladie, alors qu'ils n'en sont qu'un des éléments [1] ». On commence à connaître un plus grand nombre de troubles organiques en rapport plus ou moins direct avec les désordres mentaux. Sans quitter les urines [2] ni revenir aux altérations déjà signalées, on peut rappeler que la polyurie et l'hypoazoturie (Legrain [3]), l'indicanurie (A. Voisin), la glycosurie, l'oxalurie, l'acétonurie se rencontrent plus ou moins souvent au cours des troubles mentaux. Des cylindres hyalins et même des ptomaïnes à caractère particulier (Ballet [4]) ont aussi été relevés chez des aliénés. Mais l'interprétation de ces symptômes est délicate ; il est difficile de dire dans quelles proportions ces altérations des humeurs sont observées chez les aliénés.

On peut faire la même réflexion au sujet des altérations du sang lequel semblerait (Muller) être chez les psychopathes moins riche en globules rouges et en hémoglobine. L'examen du suc gastrique a aussi été fait et a donné des résultats peu comparables. Je ne puis insister sur tous les troubles de la nutrition qu'on peut observer dans les états vésaniques et dont les uns, ressortissant à une lésion fonctionnelle d'un organe, sont étudiés dans un chapitre ultérieur et dont les autres ne sont pas assez constants pour qu'on en puisse rien déduire.

Tout récemment enfin, on a essayé de déterminer les variations de la toxicité urinaire chez les aliénés. M. Chevalier Lavaure [5] s'est livré un des premiers à ce genre de recherches, inspirées par les travaux de M. Bouchard, lesquels montrent que, dans les états où la nutrition semble être retardante, les poisons normalement fabriqués dans l'organisme ne sont pas éliminés suffisamment et produisent un auto-empoisonnement du sujet. C'est ainsi par exemple

(1) Ed. Toulouse. Revue de médecine mentale. *Gaz. des hôpit.*, 1892, 268.

(2) Consulter pour la paralysie générale le récent travail de MM. Klippel et Serveaux. Contribution à l'étude de la paralysie générale, *Arch. de Neur.*, 1894, XXVIII, 365.

(3) Congrès de médecine mentale. (Session de la Rochelle, 1893).

(4) Ballet. Délire vésanique dans les troubles de nutrition. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 juin 1893.

(5) Chevalier-Lavaure. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales.* Th. Bordeaux, 1890.

qu'on expliquerait l'urémie. M. Chevalier-Lavaure concluait que, chez les aliénés et surtout chez les maniaques, il y avait auto-intoxication par production exagérée de poisons. Depuis son travail d'autres du même genre se sont multipliés et ont eu comme objectif aussi bien la toxicité de l'urine que celle du sang. Je renvoie au rapport très documenté de MM. Régis et Chevalier Lavaure (1) au Congrès de La Rochelle. Disons simplement que l'on ne peut encore tirer, de toutes ces expériences très intéressantes, aucune conclusion qui puisse guider dans l'étude de la pathogénie des troubles mentaux.

M. Séglas (2) a justement fait remarquer combien les résultats sont contradictoires et combien il est ardu de se faire une opinion à ce sujet. La toxicité normale est difficile à déterminer. Les chiffres donnés varient d'après les auteurs ; elle serait de 30 à 60 cc. par K° (Bouchard) ou de 45 à 90 cc. (Mairet et Bosc). Ces variations tiendraient à deux causes: la quantité plus ou moins considérable des urines émises en 24 heures et le poids variable des individus. Le seul terme comparable (Bouchard-Roger) serait dans ce fait qu'il faut 52 heures pour que l'homme élimine de quoi tuer son propre poids. D'autre part, si l'urine est plus concentrée elle est plus toxique, sans que cela prouve une toxicité générale plus grande. Chez le même sujet, la toxicité varie selon le jour, l'heure, la nourriture, l'état des émonctoires (diarrhée), la résistance du sujet sur lequel on expérimente (lapin), la lenteur de l'injection. Avec la même urine, on obtient des effets différents, tantôt du coma, tantôt de l'éclampsie. Et l'on n'est pas autorisé à dire que l'urine injectée produit des symptômes analogues à ceux du malade. Toutefois M. Séglas a observé plusieurs cas où des troubles intellectuels avaient suivi une maladie où l'auto-intoxication était probable ; le délire était hallucinatoire et confus, assez semblable à celui que provoquent ordinairement les toxiques extérieurs. Et c'est en effet la seule affirmation clinique qui soit justifiée par les faits. Les troubles mentaux diathésiques

(1) Régis et Chevalier-Lavaure. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, Congrès des aliénistes (Session de La Rochelle, 1893).

(2) Séglas. Des auto-intoxications dans les maladies mentales, *Arch. génér. de médec.*, 1893, II, 532.

et beaucoup de ceux qui ne paraissent pas liés à une constitution arthritique, mais qui s'accompagnent comme eux de troubles de la nutrition plus ou moins bien mis en lumière par les analyses d'urine et de sang, toutes ces aliénations mentales ont beaucoup d'analogie avec d'autres qui ont été étudiées dans les chapitres précédents. Quand ils apparaissent au moment des exacerbations aiguës, comme par exemple dans les accès de goutte, ils rappellent les délires de la période fébrile des maladies infectieuses et sont diffus, incohérents, hallucinatoires. Et en effet, il s'agit vraisemblablement aussi d'une infection, celle-là d'origine interne.

Dans d'autres circonstances, chez des individus débilités par l'évolution d'une maladie générale plus ou moins évidente, les sujets présentent surtout des psychoses asthéniques, des états de confusion mentale plus ou moins curables. Parfois l'affaiblissement intellectuel paraît irrémédiable, et c'est la démence qui survient, probablement en rapport avec la mort des cellules, atteintes par les altérations de la nutrition. La paralysie générale semblerait pouvoir être un de ces accidents. Le rôle de la prédisposition vésanique est difficile à préciser dans ces cas. Ces malades étant des diathésiques sont en un sens des dégénérés et, comme tels, aptes plus que d'autres à délirer. Cependant tous ne fabriquent pas de délire. Il faut donc admettre que chez certains d'entre eux la prédisposition générale est en quelque sorte localisée au système nerveux, à l'encéphale, hypothèse purement gratuite d'ailleurs.

On voit en résumé que des états morbides apparemment éloignés se rapprochent par des processus pathogéniques semblables, qui peuvent provoquer des troubles délirants très-analogues.

---

## ARTICLE IV.

### MALADIES VISCÉRALES

La plupart des maladies viscérales auraient pu être classées dans le chapitre des maladies générales ; car générales, elles le sont autant que toutes les autres, — telle l'urémie qui pourtant ressortit

le plus souvent à une maladie rénale. Mais les classifications ne valent guère que pour la facilité des descriptions ; il ne faut pas leur demander davantage.

Les viscères sont assez souvent lésés chez les aliénés. Ainsi Dufour (1) a relevé des altérations du cœur (74 %), des poumons (55 %), de la plèvre (47 %), du péricarde (21 %), du foie (74 %) et des reins (57 %). Le cœur, le foie et les reins seraient donc le plus souvent atteints dans la folie. Le sont-ils plus fréquemment que chez les gens sains d'esprit ? C'est une question à laquelle on n'a pas encore répondu d'une façon suffisante.

Ce sont les troubles mentaux avec les lésions énumérées plus haut qui constituent la classe presque tout entière des folies sympathiques. Le retentissement psychique de certaines altérations d'organes éloignés du cerveau a été admise par les plus anciens médecins. Mais c'est surtout Loiseau qui, dans sa thèse célèbre (2), a contribué le plus à faire admettre cette classe spéciale d'aliénations. Depuis ce temps la question a donné lieu à de nombreux travaux, dont un des plus complets est la revue de M. Régis (3).

On tend aujourd'hui à considérer autrement les folies sympathiques. Comme toujours les faits sont restés, mais la théorie a changé. On ne parle plus de répercussion plus ou moins mystérieuse d'un organe sur un autre, ni, pour traduire la même chose dans un autre langage, de réflexes morbides éveillant dans le cerveau des troubles en rapport avec ceux de viscères éloignés. On tend à voir, dans la plupart des cas de folies sympathiques, des symptômes parallèles et provenant de la même cause qui crée à la fois la maladie du viscère et celle du cerveau. Mais pourquoi n'y aurait-il pas des troubles purement réflexes ? En bonne règle, le délire sympathique est celui seul qui est entretenu par la lésion viscérale et disparaît avec elle soit spontanément, soit après une opération (4). Mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, et c'est là

(1) Dufour. Note sur les altérations du cœur, du foie, des reins chez les aliénés, *Ann. méd. psych.*, 1876, XV, 385.

(2) Loiseau. *De la folie sympathique*, Th. Paris, 1856.

(3) Régis. Art. Folie sympathique in *Dict. Encycl. des sci. médic.*, 3e série, XIII.

(4) Cossa. *De l'intervention chirurgicale dans les folies dites sympathiques*, Th. Montpellier, 1895.

que l'on peut se rendre compte de la différence des terrains. Tel sujet réagira plus longtemps ; on dira alors que c'est un prédisposé vésanique.

Il serait fastidieux de s'étendre sur toutes les maladies viscérales où l'on a constaté des troubles mentaux. Tout en énumérant les principales, je ne m'arrêterai que sur les maladies du cœur et sur l'urémie.

1. Organes de la respiration. — Le délire est assez fréquent au cours de la *pneumonie*, même en dehors de l'alcoolisme. Durant le stade fébrile, au début ou à la période d'acmé, il est ordinairement court et assez bruyant. D'après Grisolle, il surviendrait 1 fois sur 2 (1), et l'on croit généralement que les buveurs y sont plus exposés. Mais la manie aiguë peut encore survenir quand la fièvre tombe (Griesinger 2). Souvent, dans ces cas, le délire se systématise, et alors les troubles mentaux en imposent quelquefois pour un accès d'aliénation mentale durable ; les malades conduits à l'asile dans ces conditions ont été souvent guéris en très peu de temps. Les causes de ce délire seraient, pour la période aiguë, la fièvre, la toxémie, et, pour la période de défervescence, la dénutrition. Les symptômes psychiques de la pneumonie, qui a d'ailleurs toutes les allures d'une maladie infectieuse, sont en tout comparables aux délires liés aux infections générales. Je n'insisterai donc pas sur leurs caractères.

2. Organes de la digestion.— Le tube digestif offre avec le cerveau des rapports qui ont, de tous temps, frappé les observateurs. Les troubles des divers organes abdominaux retentissent facilement sur l'état mental et le caractère des individus. Guislain disait que la digestion faisait parfois apparaître de coupables pensées (3). Esquirol affirmait que la mélancolie était due au déplacement du côlon transverse.

Dans ces derniers temps on a cherché à pénétrer la physiologie pathologique de ces accidents. Pour la plupart des médecins, les

(1) In Ball et Ritti. Ouvr. cité, 370.

(2) Griesinger. Ouvr. cité, 221.

(3) In Marcé. *Traité pratique des maladies mentales,* ouvr. cité, 129.

troubles digestifs retentiraient sur le cerveau des prédisposés par l'intermédiaire de l'auto-intoxication (1) qui résulterait soit de fermentations anormales, soit du défaut de neutralisation par le foie des poisons organiques. M. Duchon-Doris (2), se servant des travaux de M. Beau et surtout de M. Bouchard, a rapporté à la dilatation de l'estomac la plupart des symptômes cérébraux des gastritiques. Plus tard M. Bettencourt-Rodrigues (3) est revenu sur cette question. On trouvera dans son mémoire des observations, où des désordres psychiques, des cauchemars, des hallucinations même ont disparu sous l'influence du régime sec ou de l'antisepsie gastro-intestinale. Mais certains faits paraissent ressortir à une intoxication alcoolique; enfin il est malheureux que les antécédents héréditaires de ces malades ne soient pas plus connus. D'un autre côté, on a recherché chez des névropathes dyspeptiques l'acide chlorhydrique du suc gastrique, et on a trouvé ce dernier altéré. Sur cette question, les travaux donnent des résultats assez contradictoires; et il faut attendre pour conclure quoi que ce soit. Toutefois la vieille théorie sympathique réflexe a encore des défenseurs Alt (4), par exemple, attribue aux irritations du pneumogastrique la cause des complications cérébrales des maladies abdominales. Mais il ne faut pas oublier que les troubles digestifs et l'enduit saburral de la langue peuvent très bien être les effets de la maladie mentale. Dans tous les cas, ils retentissent sur la forme du délire et donnent un corps aux hallucinations. Une de leurs conséquences ordinaires est de provoquer chez les sujets une répulsion plus ou moins absolue pour les aliments.

M. Charpentier (5), étudiant le caractère des préoccupations

(1) Dericq. *Auto-intoxications gastro-intestinales et folie*, Congrès des médecins aliénistes (1893). — Séglas. *Des auto-intoxications dans les maladies mentales*, ouvr. cité.

(2) Duchon-Doris. *De quelques troubles cérébraux liés à la dilatation de l'estomac*, Th. Paris, 1887.

(3) Bettencourt-Rodrigues. *Congrès international de méd. ment, C. R.* 1890, 409.

(4) Alt. *Arch. de Neur.*, 1894, XXVII, 204.

(5) Charpentier. Troubles cérébraux et cancer de l'estomac, *Congrès annuel de médecine mentale de 1891, C. R.* 1892, 344 et suiv.

moroses, du découragement profond, du scepticisme des individus atteints de *cancer de l'estomac*, en a recherché la cause et ne l'a trouvée ni dans la dyspepsie, ni dans la douleur, ni dans la nature, ni dans la chronicité du mal, puisque toutes ces circonstances se rencontrent ailleurs sans entraîner les mêmes modifications psychiques. Cet aliéniste s'inclinerait à penser que ces idées morbides seraient surtout en rapport avec les chagrins de famille que l'on rencontre si fréquemment dans l'étiologie du cancer de l'estomac.

La *constipation* semble quelquefois agir sur les facultés intellectuelles. Les observations sont assez nombreuses où des troubles psychiques se sont développés avec la constipation (1) et ont disparu avec elle ou à la suite du curage du rectum (2). Les *vers* (3) (tœnias, lombricoïdes, oxyures) ont souvent provoqué des psychopathies qui ont cessé après leur expulsion (4).

On a signalé aussi le retentissement mental des *maladies du foie*. On sait que les anciens rapportaient à cet organe plusieurs formes de l'aliénation et avaient remarqué l'alternance des affections hépatiques et des maladies mentales (5). On conçoit que le foie malade, ne pouvant jouer son rôle destructeur de poisons, laisse s'intoxiquer l'individu. Dans ces derniers temps, Hammond a observé plusieurs cas de mélancolie ou d'hypochondrie liés aux abcès du foie et ayant disparu après la guérison de la maladie locale (6). Dans ces cas, la septicémie surajoute ses effets à ceux produits par les troubles du fonctionnement hépatique. M. Charrin (7) a observé des troubles mentaux dans la *cirrhose atrophique*, la *cirrhose mixte* et le *cancer primitif du foie*. Dans les 3 cas, l'affection hépatique était chronique, la toxicité urinaire était élevée, et il n'y avait pas de fièvre.

(1) Feyat. *Constipation et phénomènes toxiques*, Th. Lyon, 1889. — Harold N. Moyer. In *Ann. méd. psych.*, 1893, XVIII, 309.

(2) Bridger. Delusion the result on intestinal accumulation, *British med. journ.*, 1886, I, 688. — Hutchinson. In *Ann. méd. psych.*, 1891, XIV, 305.

(3) Vix. Helminthiasis des aliénés, *Ann. méd. psych.*, 1861, VII, 624

(4) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 172.

(5) Id. *Ibid.*, 175.

(6) Anal. in *Ann. méd. psych.*, 1881, VI, 143.

(7) Charrin. Maladies du foie et folie, *Soc. de Biol.*, 30 juillet 1892.

Une amélioration dans l'état mental suivit l'amélioration physique.

D'autre part M. Klippel (1) rapporte certains troubles mentaux à l'insuffisance hépatique, qui se caractériserait principalement par l'urobilinurie, qui diminua dans une crise de dépression d'un malade; enfin les *coliques hépatiques* pourraient aussi provoquer des désordres cérébraux (2) soit par l'intoxication biliaire consécutive, soit à cause de réflexes dus à la douleur. M. le Pr Joffroy (3) en montrait récemment un exemple chez une dégénérée.

3. Organes de la circulation. — Les lésions des artères, notamment l'*athérome*, peuvent retentir sur les facultés intellectuelles par l'intermédiaire des troubles circulatoires et nutritifs qu'elles occasionnent dans l'encéphale. Mais, dans ce cas, on a le plus souvent affaire à des symptômes de démence organique, qui seront signalés avec les maladies de l'encéphale.

M. Mickle (4) a observé onze cas d'*anévrysme aortique*, où les malades, hypochondriaques et persécutés, interprêtaient dans des conceptions délirantes leurs sensations anormales, auxquelles l'auteur rattache l'origine de leurs idées morbides mais sans trop s'appesantir sur les antécédents vésaniques des sujets.

Les rapports des *maladies du cœur* avec la folie ont depuis longtemps occupé les médecins, surtout les aliénistes. Esquirol (5) avait remarqué que l'aliénation mentale pouvait compliquer les lésions cardiaques. Morel (6), après Saucerotte (7) admettait le rôle pathogénique des maladies du cœur dans le développement de la folie; il cite les exacerbations mentales qui accompagnent les troubles physiques tels que les œdèmes et la dyspnée, ainsi que les hallucinations terrifiantes qui peuvent survenir dans ces conditions.

(1) Klippel. De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales. *Arch. génér. de méd.*, août 1892.

(2) Cyr. Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques, *Union médicale*, 1882, 762.

(3) Joffroy. Leçon faite à l'asile Ste-Anne, le 18 mai 1895.

(4) Mickle. Aortic aneurysm and insanity, *Brain*, 1889, XII, 117.

(5) Esquirol. Ouvr. cité, I, 81.

(6) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 158 et suiv.

(7) Saucerotte. De l'influence des maladies du cœur sur les facultés intellectuelles et morales de l'homme, *Ann. méd. psych.*, IV, 172.

Cependant Griesinger (1) croyait que les maladies du cœur étaient rares chez les aliénés. Puis les travaux se multiplient sans apporter de grandes contributions à cette question, jusqu'à la thèse de M. d'Astros (2) qui pose nettement la question des psychoses liées aux maladies de cœur et apporte des observations intéressantes qui lui servent à différencier les formes mentales observées chez les aortiques, les mitraux et les asystoliques. Dans ces derniers temps, Ball (3) étudia à nouveau la question, inspirant la thèse de M. Fauconneau (4), et M. Huchard (5) faisait paraître un article où il essayait une systématisation des délires liés aux maladies du cœur. En Angleterre, Julius Mickle (6) a publié un mémoire que M. Parant (7) a longuement analysé dans une de ses revues critiques.

Voyons maintenant les faits. On a essayé de déterminer par la statistique la fréquence des maladies du cœur chez les aliénés, et les proportions obtenues sont tellement variables qu'on n'en peut rien tirer. L'observation des malades et la pratique des autopsies ont cependant appris que les affections du cœur étaient communes dans les asiles. On peut toutes les rencontrer, même la symphyse du péricarde (8).

Certains auteurs (9) ont admis que les cardiaques ont un état mental particulier, consistant en un caractère difficile, grincheux, colère et une humeur plus ou moins mobile (10). Ces remarques sont justes, mais il ne faudrait pas voir dans ces symptômes, comme dans

(1) Griesinger. Ouvr. cité.

(2) D'Astros. *Étude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques*, Th. Paris, 1881.

(3) Ball. De la folie cardiaque, *La Médecine moderne*, 1890, 557.

(4) Fauconneau. *De la folie d'origine cardiaque ou des troubles psychiques consécutifs aux maladies du cœur*, Th. Paris, 1890.

(5) Huchard. Le cerveau cardiaque, *Bulletin médical*, 1891.

(6) Julius Mickle. *On insanity in its relation to cardiac and aortic disease*, London, Lewis, 1888.

(7) Parant. La folie chez les cardiaques, *Ann. méd. psych.*, 1889, IX, 419.

(8) Christian. *Société méd. psych.*, 11 déc. 1893.

(9) Fauconneau. Ouvr. cité, 27.

(10) D'Astros. Ouvr. cité, 78.

tant d'autres analogues qu'on a donnés, rien qui puisse être spécial aux cardiaques. Les lésions du cœur, avec toutes leurs conséquences dans la circulation et la nutrition des tissus, ont pour effet de développer une émotivité morbide qui s'exprime par ses symptômes habituels et selon la réaction propre à chaque malade.

Mais ce ne sont pas là des troubles intellectuels bien considérables. Il en est d'autres qui se montrent dans le cours des maladies du cœur, surtout lorsque cet organe commence à faiblir dans son travail. C'est alors qu'on peut assister à des accès maniaques et à des crises de mélancolie, dont un des caractères est de suivre les symptômes physiques et de s'exacerber avec eux, quoique pas nécessairement. Outre la manie et la mélancolie, on a rencontré des délires plus ou moins systématisés, religieux (1), de persécution (2), des obsessions et des impulsions diverses, et surtout des tendances au suicide et même à l'homicide qui sont quelquefois accompagnées ou précédées de violentes palpitations cardiaques (Ball) (3). Mais tous ces états vésaniques n'ont aucun caractère bien spécial.

M. d'Astros (4) sépare au point de vue psychopathique les *aortiques des mitraux*. Les premiers seraient plus impressionnables; plus capricieux, plus excitables, plus mobiles, pouvant présenter de l'aphasie transitoire et sujets à de l'affaiblissement intellectuel. Les mitraux au contraire seraient plus mornes, plus enclins à des états de dépression mélancolique. MM. Ball et Ritti (5) ont fait une distinction analogue et noté la paresse intellectuelle pseudo-démentielle par anémie cérébrale (des aortiques), ainsi que leurs tendances impulsives. Cette distinction — qui a été faite par d'autres auteurs et qui peut se résumer en deux mots : irritabilité aortique et apathie mitrale — est en partie explicable. Les aortiques sont des anémiques cérébraux sujets à des congestions passagères, qui développent le vertige, les aphasies et une certaine irritabilité. Les mitraux, au contraire, sont des congestionnés chroniques. Mais

(1) Saucerotte. Ouvr. cité, 176.

(2) Fauconneau. Ouvr. cité, 77.

(3) In Fauconneau. Ouvr. cité, 73 et 74.

(4) D'Astros. Ouvr. cité, 78 et suiv.

(5) Ball et Ritti. Art. *Délire*, ouvr. cité, 37.

ce ne sont là que des divisions un peu schématiques, que la clinique ne confirme pas toujours.

Enfin l'*asystolie* (1) aurait aussi sa symptomatologie spéciale, qui se caractériserait d'habitude par des cauchemars et un état d'excitation entretenu par des hallucinations de la vue, surtout nocturnes ; c'est aussi ce que l'on constate dans les derniers jours de la vie des cardiaques (2). Dans l'asystolie, les paroxysmes mentaux et cardiaques seraient souvent parallèles (Murraté 3).

La pathogénie de ces accidents psychopathiques est assez complexe : l'anémie, les bouffées congestives et les phénomènes ischémiques périphériques (M. Potain 4), pour les aortiques, la stase veineuse encéphalique, pour les mitraux.

Mais les cardiaques ont, en outre, des troubles de nutrition du cerveau ; les cellules irritées et mal nourries ne peuvent faire un travail régulier. Il faut ajouter que parfois les reins sont malade et qu'il existe un état d'insuffisance rénale, capable aussi d'agir sur les facultés intellectuelles (5). Les lésions valvulaires déterminent, après un certain temps, une maladie de tout l'organisme. Les produits de désassimilation sont retenus dans les tissus ; l'albumine apparaît souvent chez les cardiaques qui vont délirer (M. Potain) ; il s'ensuit un état d'auto-intoxication qui est probablement la base somatique des délires asystoliques.

La prédisposition joue un rôle évident dans la genèse de tous ces syndromes vésaniques, à tel point que M. Roulland (6) a pu dire que la folie cardiaque était une folie de dégénérés. La prédisposition paraît exister surtout lorsque le délire, au lieu de procéder par crises correspondantes aux crises physiques, tend à

(1) D'Astros. Ouvr. cité, 62 et 63.

(2) Péter. *Leçons de clinique médicale*, 1873, I, 72 et suiv.

(3) Murraté. *Des troubles mentaux dans l'asystolie*, Th. Paris, 1880,

(4) Potain. *Clinique médicale de la Charité*, 223.

(5) Parfois on a affaire à des artério-scléreux, dont presque tous les viscères sont malades et contribuent à l'auto-intoxication. Témoin cet individu, présenté par M. le Pr Joffroy, et dont le cœur, les reins et les poumons étaient lésés.

(6) Roulland. Des folies dites cardiaques. *Poitou médical*, 1890, 145. — Roubinovitch, *Société médico-psychol.*, séance du 27 mai 1895.

devenir chronique et à s'organiser, à se systématiser. De tout cela, il ressort qu'il n'y a pas, à proprement parler, de folie cardiaque, pas plus que de folie rénale ou puerpérale. Les causes pathogéniques sont, ici comme ailleurs, trop différentes selon les cas pour imprimer à toutes les manifestations psychopathiques des caractères semblables. Au milieu des troubles délirants banals, ceux liés à l'asystolie se rapprochent des délires par intoxication ou infectieux. Dans tous les cas, les troubles cardiaques et surtout les modifications qu'ils amènent dans la nutrition et la circulation du cerveau, sont bien la base somatique des troubles mentaux observés, même quand le sujet est fortement prédisposé.

4. Organes génitaux. — La blennorrhagie a été considérée dans le chapitre des infections. Certaines maladies génitales agissent par les symptômes généraux, par exemple les *orchites aiguës* ; la tuberculose, la syphilis, le cancer des testicules déterminent aussi des troubles morbides dans tout l'organisme. Les *pertes séminales* sont surtout dangereuses par l'épuisement qu'elles entretiennent. Il ne reste donc, pour l'homme tout au moins et en dehors des anomalies, rien de spécial aux maladies génitales dans leurs rapports avec l'aliénation. Et cependant on ne peut nier que ces affections aient un retentissement cérébral assez fréquent et provoquent souvent des états hypochondriaques et mélancoliques. Il est possible que ces derniers puissent s'expliquer parfois par les lésions qui compromettent les fonctions de la glande testiculaire et par conséquent la sécrétion, non-seulement du sperme, mais aussi des sucs orchitiques peu connus qui, d'après les travaux de Brown-Séquard et d'Arsonval, auraient une grande influence tonique. Cependant il semble que souvent aussi c'est à des causes morales qu'il faut attribuer les troubles mentaux. Les maladies qui frappent les organes génitaux sont au plus haut point émouvantes, car elles atteignent des organes dont le fonctionnement est intimement lié à l'imagination et à la vie intellectuelle et morale des individus.

Chez la femme, les *leucorrhées*, qui sont souvent microbiennes accompagnent fréquemment l'aliénation. Esquirol (1) en faisait

(1) Esquirol. Ouv. cité, I, 70.

une des causes fréquentes de la folie. Morel (1) pensait d'une façon analogue. Les maladies vagino-utérines passent d'ailleurs depuis l'antiquité pour avoir la plus grande influence sur l'état mental des femmes, mais il est difficile, malgré l'abondance des documents, de se faire une opinion sur ce sujet embrouillé à plaisir. Azam (2) attribuait aux *lésions utérines* (ulcérations, granulations, etc.) un rôle étiologique important dans les psychopathies; il avait même remarqué que la guérison de l'état local amenait celle de l'état psychique. Dans ces derniers temps les observations se sont multipliées (3). Wiglesworth (4) a trouvé, sur 109 femmes décédées à l'asile, 67 atteintes d'anomalies congénitales ou acquises des organes reproducteurs (utérus absent, atrésie du col, affections diverses des ovaires et des trompes, fibrômes, péritonite chronique, rétroversion, rétroflexion). D'autre part 30 aliénées sur 65, examinées au spéculum, présentèrent des altérations notables. Chez 5 malades, le délire était de sphère génitale et parfois avait un rapport assez étroit avec la lésion; ainsi dans un cas de rétroflexion, le délire s'amendait avec un pessaire. Une autre aliénée, porteuse d'une tumeur fibreuse, prétendait qu'on la torturait avec des instruments. Récemment MM. Piqué et Febvre (5) ont publié l'observation d'une malade, chez laquelle l'ablation d'un fibrôme utérin et d'un kyste du ligament large fit disparaître les troubles sensoriels ayant trait aux organes abdominaux et génitaux, mais laissa subsister les idées de persécution et les hallucinations de l'ouïe. Le Dr Pantaloni (6), mon savant ami, fut plus heureux dans un cas analogue; et la malade, qu'il opéra d'un fibro-myome, guérit parfaitement. Le même chirurgien eut, à la même époque,

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 186 et 187.

(2) Azam. *De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes*, Bordeaux, 1858.

(3) A. Voisin. *Leçons cliniques*. Ouvr. cité, 156 et suiv.

(4) Wiglesworth. On uterine disease and insanity, *The Journal of mental science*, 1885.

(5) Picqué et Febvré. Contribution à l'étude du délire d'origine sympathique, *Ann. méd. psych.*, 1893, XVII, 38.

(6) In Cossa. Ouvr. cité, 39 et suiv.

un succès aussi complet, quoique dans des conditions différentes (1).

Ce qui est vrai, c'est que les hallucinations et les idées érotiques sont assez souvent entretenues par des lésions des organes génitaux (2). Dans tous les cas de maladies des organes génitaux, il est difficile de faire la part des phénomènes inflammatoires, de la cachexie, des troubles de sécrétion ovarique (?), des réflexes douloureux, des effets moraux. Mais ce qui paraît ressortir des faits publiés, c'est que le plus souvent on a affaire à des femmes névropathes. Les anomalies anatomiques ou fonctionnelles des organes génitaux jouent un rôle certainement important dans la production de l'orientation des délires, outre qu'elles sont souvent l'indice de tares biologiques graves. La *cryptorchidie*, l'*hypospadias*, *l'impuissance* et d'autres imperfections génitales ont été signalées dans l'étiologie des psychoses (3). Les anomalies acquises peuvent avoir le même effet. Sur un malade de M. Ballet (4), auquel on avait enlevé un testicule, les hallucinations de l'ouïe et le délire roulaient autour de cette infirmité. Chez la femme, la barbe a pu causer des accès de désespoir et des idées de suicide, que la destruction des poils par la galvanopuncture guérit (5).

5. Organes urinaires. — Les altérations du rein, ayant pour conséquence de provoquer de l'urémie, c'est elle dont il faut chercher à établir le rapport pathogénique avec les troubles mentaux. Rappelons auparavant que, dans la *maladie d'Addison* qui est caractérisée principalement par des lésions des capsules surrénales, on a signalé l'aliénation mentale comme pouvant en être un des symptômes (6). Il est bon de noter à ce propos qu'un des principaux éléments de la maladie d'Addison est l'auto-intoxication par suite de l'insuffisance surrénale (7).

(1) Boubila et Pantaloni. *Gaz. des Hôpit.*, 1892, 519.

(2) Hamel. *Des hallucinations génitales et des idées érotiques chez les persécutés*, Th. Paris, 1892, 16 et suiv. — Chatenet. *De la mélancolie dans ses rapports avec les maladies utérines*, Th. Paris, 1893.

(3) Christian. *Ann. méd. psych.*, 1881. — Régis. *Journ. de médec. de Bordeaux*, 1883, 413, 425. — Raffegeau. Th. Paris, 1884.

(4) Congrès annuel de médecine mentale. (Session de Blois, 1892).

(5) Savage. *The journal of ment., Sci.*, 1885, XXXII, 220.

(6) Rutherford Macphail. *The journal of ment. Sci.*, 1885, janv.

(7) Chauffard. L'intoxication addisonienne, *Semaine médicale*, 1894, 74.

Urémie. — Dans ce chapitre je grouperai toutes les *intoxications urinaires* par insuffisance fonctionnelle ou lésions du rein, ou encore par suite de troubles dans l'excrétion de l'urine. La pathogénie identique de tous ces accidents justifie leur réunion (1).

Koeppen (2) a divisé les *psychoses albuminuriques* en 3 classes : dans la première, les troubles mentaux sont sous la dépendance d'une lésion rénale ; dans la seconde, l'albuminurie et les désordres psychiques sont tous deux des symptômes d'une artério-sclérose frappant à la fois le rein et l'encéphale ; dans la troisième l'albuminurie n'est que l'effet des maladies des centres nerveux et des psychoses. Dans les deux derniers cas, l'albuminurie, associée avec les troubles mentaux ou sous leur dépendance, n'est pas leur facteur ; je ne m'occuperai pas de ces faits, bien que l'altération rénale puisse retentir secondairement sur un état psychopathique déjà créé (3). D'ailleurs l'albuminurie n'est qu'un symptôme d'une lésion rénale ou d'une maladie générale de la nutrition (Robin) ; elle ne paraît pas être la cause prochaine des troubles intellectuels, auxquels elle est quelquefois associée. D'autre part ces rapports ne sont pas bien établis. Savage (4) a rarement rencontré de l'albumine dans plusieurs centaines d'examens d'urine chez des psychopathes. Au contraire Weiberg (5), faisant ses recherches sur les seuls alcooliques aigus, a trouvé 51 fois sur 151 cas, de l'albuminurie dont la durée coïncidait avec celle du délire. La question est donc obscure ; et je ne m'occuperai ici que de l'urémie dans ses rapports étiologiques avec les psychoses, ne considérant l'albuminurie que comme un des symptômes accessoires du grand syndrôme qui constitue l'intoxication urinaire.

(1) Ed. Toulouse. Les troubles mentaux de l'urémie, *Gaz. des Hôpit.*, 1894, 649.

(2) Koeppen. *De l'albuminurie chez les aliénés*, 13e Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest. Séance du 9 juin 1889, in *Arch. de Neur.*, 1889, XVIII, 448.

(3) Dans ces cas complexes, il est très difficile de faire la part de chaque processus pathogénique. Lire à ce sujet la leçon de M. Joffroy, *Bullet. médic.*, 18 nov. 1894.

(4) *Dictionn. of psychol. méd.* Art. Bright's disease in relat. to insanity, 1892, I, 172.

(5) In Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante*, Th. Lyon, 1883, 68.

Lasègue (1) est un des premiers qui ait décrit — mais très brièvement — le délire urémique. Puis Aran (2), M. Fournier (3), Gubler (4), M. Jaccoud (5) s'occupèrent de cette question. Plus tard les mémoires, les thèses surtout, abondent ; parmi ceux-là M. Bourneville (6), Wilks (7), Lécorché (8), M. Rendu (9). Puis M. Bouvat (10), dans une thèse documentée, étudie surtout l'urémie délirante, dégagée de tout symptôme moteur révélateur de la maladie. M. Raymond (11) publie quelques observations de brightiques pouvant être pris pour des vésaniques. M. Dieulafoy (12) propose le nom de folie brightique, et son élève M. Ribail (13) élargit la question en y faisant entrer toutes les insuffisances urinaires. A l'étranger paraissaient les travaux de Kœppen (14) et de Mme Alice Bennett (15), qui, se basant sur 60 observations, affirmait que l'empoisonnement uré-

(1) Lasègue. Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright, 1852. In *Études médic.*, 1884, II, 824.

(2) Aran. Des accidents nerveux de l'urémie, *Gaz. des hôpit.*, 1860, 277 et 285.

(3) Fournier. *De l'urémie*, Th. d'agrég., Paris, 1863.

(4) Gubler. Art. Albuminurie. *Dict. Encycl., des Sci. méd.*, 1861.

(5) Jaccoud. Art. Albuminurie. *N. Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1869.

(6) Bourneville. *Études cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.* 2e fascicule, 186 et 200.

(7) Wilks. Mania as a symptom of Bright's disease, *Journal of ment. Sci.*, July, 1874.

(8) Lécorché. *Traité des maladies des reins*, 1875, 310.

(9) Rendu. *Étude comparative des néphrites chroniques.* Th. d'agrég., Paris, 1878.

(10) Bouvat. *Essai sur l'urémie délirante.* Th. Lyon, 1883.

(11) Raymond. Sur certains délires simulant la folie survenant dans le cours des néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie. *Arch. génér. de méd.*, 1882, 294. — Relations de l'albuminurie avec les psychoses à propos d'un cas de folie du doute coïncidant avec une néphrite chronique. *Société de méd. des Hôpit.*, 13 juin 1890.

(12) Dieulafoy. De la folie brightique, *Soc. de méd. des Hôpit.* (Séance du 10 juillet 1885). — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright sans albuminurie, *Soc. de méd. des Hôpit.*, 11 juin et 22 oct. 1886.

(13) Ribail. *Contribution à l'étude de l'insuffisance rénale.* Th. Paris, 1886, 37 et suiv.

(14) Kœppen. Ouvr. cité.

(15) Alice Bennett. *American Journal of Insanity*, oct. 1890.

mique était une des causes fréquentes de la folie. De leur côté, MM. Brissaud et Lamy (1) observaient un cas d'urémie délirante avec phénomènes cataleptiformes. Enfin M. Florant (2) résumait dans sa thèse la plupart des faits connus et exposait sur le sujet les idées de M. Joffroy (3), qui mettait en lumière le rôle de la prédisposition, confirmée par les observations de M. Cullerre (4).

Les troubles intellectuels, dûs à l'intoxication urinaire, peuvent survenir chaque fois que cette condition morbide est réalisée. Or celle-ci se rencontre soit lorsque le rein ne fonctionne pas ou fonctionne mal, soit lorsqu'il existe un obstacle au cours des urines, soit encore lorsque le liquide vésical, ayant fait irruption dans les tissus, est résorbé.

L'anurie est fréquente chez les hystériques, qui n'ont à son occasion que des vomissements ou de la diarrhée supplémentaires. Mais dans ces cas, le délire est mal connu ; d'après un médecin étranger, Rainaldi Rinaldo (5), l'anurie hystérique peut déterminer une véritable urémie. Dans beaucoup de maladies nerveuses ou infectieuses, dans la pleurésie aiguë (6) par exemple, l'urine devient plus rare ; cependant les troubles intellectuels n'ont pas été signalés. Les cardiaques ont fréquemment de l'insuffisance rénale, et il est possible que le délire, qui assez souvent survient chez eux à la période de non-compensation, soit justiciable de l'intoxication urinaire. Cette dernière se produit encore très fréquemment durant la grossesse, à tel point qu'on peut se demander si certaines psychoses puerpérales n'appartiendraient pas à l'urémie délirante. On sait que dans la grossesse, il existe une auto-intoxication par insuffisance hépatique et rénale ; il est permis de rapporter, principalement à la dépuration urinaire incomplète, les troubles psychiques

(1) Brissaud et Lamy. Attitudes cataleptiformes chez un brightique délirant, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 3 août 1890, 365.

(2) Florant. *Des manifestations délirantes de l'urémie*, Th. Paris, 1891.

(3) Joffroy. De la folie brightique, *Bullet. médical*, 1891, 109.

(4) Cullerre. Congrès de médecine mentale, (Session de la Rochelle, 1893), *Semaine médicale*, 1893, 370.

(5) Rainaldi Rinaldo. Urémie hystérique, analysé par Nicoulau, In *Ann. méd. psych.*, 1893, XVII, 477 et suiv.

(6) Ribail. Ouvr. cité, 9.

d'une femme enceinte qui a, en même temps que des attaques éclamptiques, des œdèmes et de l'albuminurie assez manifestement en rapport avec des troubles de la fonction des reins (1).

Les *lésions organiques* du rein se retrouvent le plus souvent dans l'étiologie des psychoses urémiques. Parmi les *néphrites aiguës*, celles dites à *frigore* ont été incriminées ; Jolly (2) en a cité un exemple. Dans les complications rénales de la scarlatine, le délire a été souvent noté ; mais il n'est pas toujours facile de faire la part de ce qui appartient à la scarlatine, qui elle aussi peut provoquer des délires psychiques, et de ce qui est la conséquence de sa localisation sur le rein. Ainsi, dans le cas de Marcus (3), le délire débute le quatrième jour de l'invasion de la fièvre éruptive, alors que l'albumine n'a pas encore paru dans l'urine. Au contraire, dans le fait de Monod (4), les troubles mentaux surviennent plus d'un mois après le début de la scarlatine et deux semaines après que des symptômes de néphrite (bouffissure de la face, œdème pulmonaire et des jambes) se sont montrés. Peter (5) a rapporté l'observation d'un typhique qui, au début de sa convalescence, manifesta un délire aigu, qui aurait été mis sur le compte de la dothiénenterie, si l'autopsie n'avait pas révélé une lésion avancée des reins, à laquelle devaient être rattachés les troubles intellectuels.

Mais les lésions rénales, s'accompagnant de délire, sont surtout ces néphrites chroniques, qu'on appelle du terme général de *mal de Bright*. Pour beaucoup même, la folie urémique, c'est la folie brightique. Parmi les intoxications chroniques, qui peuvent altérer le tissu rénal, il faut citer l'alcoolisme, dont l'action sur cet organe est connu, et aussi le saturnisme, si bien que la question s'est

(1) Trousseau. *Cliniques*, II, 199 et suiv. — Debove. in Florant, ouvr. cité, 41. — Varnier. *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, 1888, I, 199. — Lallier. *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie*, Th. Paris, 1892, 64 et suiv.

(2) Jolly. Observation reproduite in Florant, ouvr. cité, 35.

(3) Marcus. Observation reproduite in Florant, ouvr. cité, 40.

(4) Monod. *De l'encéphalopathie aiguë et des caractères qu'elle présente en particulier chez les enfants*, Th. Paris, 1868, 160.

(5) Peter. In Th. Florant, 33.

posée de savoir si dans les psychoses causées par le plomb, la pathogénie ne serait pas dans la néphrite.

Les *obstacles mécaniques* à l'excrétion urinaire forment un dernier groupe de causes de délires par intoxication rénale. Russel (1) rapporte l'histoire d'un malade qui, à la suite de coliques néphrétiques, fut pris de délire nocturne qui dura une semaine, jusqu'à ce que l'expulsion de deux calculs eût rétabli l'excrétion urinaire. Encore dans ce cas peut-on se demander si la rétention d'urine était bien de cause mécanique ou si elle n'était pas due à une anurie par réflexe, comme le phénomène se voit dans les coliques néphrétiques, — et aussi quelle part il faut faire à la douleur dans la production des troubles mentaux. Alling (2) a rapporté le cas d'une femme dont l'aspect était celui d'une mélancolique et qui présenta, peu avant sa mort, de l'anurie, de l'œdème des jambes, un épanchement pleural, et chez laquelle on trouva les deux uretères perdus dans un tissu rétracté autour de l'utérus (reliquat d'une ancienne péritonite), mais aussi un rein dégénéré et l'autre réduit à l'état d'une coque emplie d'urine claire. Il est difficile de savoir à quoi attribuer le délire, ou au défaut d'excrétion, ou à l'insuffisance et aux troubles sécrétoires. Dans toute *rétention d'urine* on observe, si elle se prolonge, des désordres psychiques qui ne peuvent être imputables qu'à l'intoxication urémique, comme le prouve le malade de M. Cullerre (3). Enfin, il faut rapprocher de tous ces faits ceux d'*empoisonnement urineux*, observés par les chirurgiens, et qui surviennent après une fausse route urethrale ou même une simple érosion de la muqueuse, ou encore à l'occasion de phénomènes de résorption au cours de cystites chroniques. Mais dans la plupart des cas, où du pus se forme, il se surajoute à l'empoisonnement urineux un autre dû aux produits bactériens. Aussi ces faits sont-ils complexes et d'une interprétation difficile.

Dans la pathogénie des délires par insuffisance rénale, il y a peu

(1) Russel. *Medical Times and Gaz.*, 3 mai 1879.

(2) Alling. Urémie à forme lente, insidieuse, *Bulletin de la Société anatomique*, 1869, 100.

(3) Cullerre. Note sur un cas de folie urémique consécutive à un rétrécissement traumatique de l'urèthre, *Arch. de Neurol.*, 1894, XXVIII, 2.

à tenir compte de l'albuminurie. Elle peut manquer dans certains cas d'intoxication urémique, par exemple dans la rétention d'urine, et dans certaines formes et à certains moments du mal de Bright) ; par contre elle peut exister en dehors de toute lésion rénale (1). Cependant, il est des cas où l'albuminurie paraît être en rapport avec les désordres psychiques (2). Mais la toxicité des urines offre des relations plus étroites dans l'urémie où l'on sait qu'elle diminue (Dieulafoy).

M. Charrin (3), auquel je renvoie pour cette question, a résumé récemment les nombreuses théories de l'empoisonnement urinaire. On sait que l'on a tour à tour incriminé l'urée, le carbonate d'ammoniaque, les matières colorantes, les acides urique et hippurique, divers composés azotés insuffisamment oxydés, comme la créatinine, la xanthine, la leucine, la tyrosine, les matières minérales et surtout la potasse. M. Bouchard attribue l'intoxication urinaire, non pas à un seul poison, mais à plusieurs, dont chacun ou plutôt chaque groupe semble avoir une action particulière. Ainsi la solution de l'extrait sec des matières de l'urine insolubles dans l'alcool détermine le myosis, les convulsions, l'hypothermie ; la solution de l'extrait dissous par l'éthyle cause la somnolence, le coma, la salivation. Le liquide vésical décoloré est moins toxique que celui qui contient les matières colorantes. Les alcaloïdes ne paraissent pas être les éléments les plus dangereux ; en revanche, dans le groupe minéral, la potasse est la substance la plus toxique. Les poisons de l'urine sont donc nombreux, et leurs actions spéciales s'ajoutent et se mêlent pour produire, quand ils sont retenus dans le sang, le syndrôme complexe de l'urémie. Existe-t il, parmi les poisons de l'urine, certains qui éveillent plus particulièrement les troubles psychiques, de même qu'il y en a qui provoquent le coma ou les convulsions ? Sont-ce les leucomaïnes, les matières colorantes, les substances minérales ? Les premières et les secondes sont les plus suspectes, étant donné qu'elles provoquent volontiers des délires,

(1) Lépine. *Revue de médecine*, 1882, 545.

(2) A. Voisin. Congrès de médecine mentale (Session de la Rochelle, 1893) *Semaine médicale*, 1893, 370.

(3) Charrin. *Les poisons de l'organisme*, 72 et suiv.

par exemple dans certains états d'auto-intoxication et dans certaines formes d'ictère.

Mais dans l'insuffisance rénale, l'eau aussi peut être retenue, et il en résulte de l'hydrémie, des œdèmes, par exemple de l'œdème cérébral, des stases veineuses qui déterminent des troubles circulatoires, des congestions qui, si elles se localisent dans les poumons, peuvent entraîner de la dyspnée.

Il existe bien souvent aussi des troubles de la nutrition, qu'ils soient la cause de la lésion rénale ou la conséquence de cette maladie. Certains sont apparents ; les parois vasculaires mal nourries peuvent se déchirer et donner lieu à des hémorrhagies cérébrales. La plupart ne se manifestent que par un état d'épuisement et de cachexie qui finit toujours par se produire. Tous ces phénomènes morbides sont susceptibles d'agir sur les fonctions intellectuelles.

On sait d'autre part que le mal de Bright a été considéré comme un état primitivement général et constitué par l'artério-capillary-fibrosis (Gull et Sutton), par une dystrophie des albuminoïdes (Jaccoud, Semmola, Robin). L'auto-intoxication pourrait, d'après certains, être la cause même de la néphrite (1) ; l'on sait encore que l'hypothermie, et même quelquefois l'hyperthermie (2), sont associées à l'urémie et peuvent avoir une certaine influence sur le trouble des fonctions intellectuelles. Quant à l'éclampsie urémique, parfois associée au délire urémique, elle n'est qu'une manifestation de l'intoxication urinaire et ne peut jouer qu'un rôle secondaire dans la production des troubles psychiques, celui de tous les ictus. Elle-même est aussi une manifestation névropathique et n'est qu'une variété d'épilepsie.

M. Deny (3), se basant sur des faits d'anurie totale ayant persisté plusieurs jours, sans que la santé générale des malades ait subi une altération notable, et sans élimination supplémentaire des poisons urinaires par l'urine ou la sueur, tire une explication de ces phénomènes des expériences de Brown-Séquard. Ce physiolo-

(1) Gaucher. Néphrite par auto-intoxication, *Rev. de méd.*, 1888.

(2) Blondeau. *Recherches sur l'urémie fébrile*, Th. Paris, 1880.

(3) Deny. Pathogénie des folies sympathiques. Quatrième congrès des médecins aliénistes, in *Semaine médicale*, 1893, 371.

giste, en effet, a pu retarder la mort d'un animal, dont les deux reins avaient été extirpés, en lui injectant du suc rénal ; il concluait que l'urémie était provoquée non point tant par la rétention des poisons urinaires, mais par le manque des produits de sécrétion de la glande rénale. Cette théorie, qui se rattache à une doctrine générale sur les fonctions des glandes et tissus de l'organisme, peut prêter à des considérations intéressantes.

On voit maintenant que la pathogénie des délires survenant au cours de l'urémie est complexe et qu'ils peuvent ressortir à de nombreuses causes. L'insuffisance rénale est la condition somatique du délire urémique ; mais elle n'est pas le seul facteur étiologique. Il semble que là comme ailleurs la prédisposition névropathique soit plus ou moins nécessaire. Cette aptitude morbide peut être rendue plus grande encore par les fatigues de la grossesse, comme dans l'urémie puerpérale, par une maladie infectieuse, la scarlatine ou la fièvre typhoïde (Peter). Quelquefois c'est une maladie nerveuse (1), un traumatisme antérieur (2), des attaques d'apoplexie (3) qui ont laissé un cerveau invalide et sensible aux poisons de l'urine. Enfin, l'alcoolisme, que semblait incriminer Lasègue (4) sans fournir de preuves, a été cité quelquefois, mais rarement, notamment par Bouvat (5) et avec réserves.

La prédisposition névropathique a été rencontrée assez souvent, mais pas dans les proportions qu'on aurait cru trouver. M. Florant (6), qui a fait un relevé de 63 observations de délire urémique, a noté les antécédents qui avaient été recherchés dans 30 de ces cas. Or, dans la moitié, dans 16, aucune tare nerveuse ni individuelle, ni familiale. Dans les 14 autres, on constate 12 fois des antécédents personnels représentés par la chorée, la migraine, une hémiplégie, des attaques d'apoplexie, des convulsions infantiles, de l'éclampsie, des accès de manie, un séjour dans un asile, de la faci-

(1) Pierret. Observation in Florant, ouvr. cité, 38.

(2) Savage. *Journal of mental Science*, July, 1887.

(3) Hoesslin. Observation traduite par Florant, ouvr. cité, 62.

(4) Lasègue. Ouvr. cité, 842.

(5) Bouvat. Ouvr. cité, 58.

(6) Florant. Ouvr. cité, 28.

lité à délirer au cours de contrariétés, de l'émotivité exagérée et une jalousie extrême. Les antécédents héréditaires, constatés dans 7 observations, sont : une maladie de la moelle (mère); des maux de tête fréquents (frère) et un délire passager (enfant); un caractère bizarre (mère); de l'épilepsie ou de l'hystérie (frère); de la nervosité (père); des attaques de nerfs (sœur); un état nerveux (plusieurs parents). Les tares familiales observées sont, on le voit, peu accentuées.

M. Joffroy (1) divise les délires urémiques en trois groupes : ceux qui sont symptomatiques d'une néphrite aiguë survenant au cours d'une maladie infectieuse, et qui n'appartiennent pas proprement à l'aliénation mentale; ceux qui sont seulement provoqués par les désordres brightiques, agissant sur des cerveaux à prédisposition vésanique et éveillant d'une façon tout occasionnelle des psychoses qui évoluent ensuite à leur manière, et ceux enfin qui sont créés et entretenus par ces troubles somatiques, dont ils sont une des manifestations et qui constituent ainsi la vraie folie brightique. On peut, en réunissant aux derniers les premiers, tout au moins ceux qui paraissent sous la dépendance de l'intoxication urémique entretenue par la néphrite infectieuse, grouper les délires urémiques sous deux chefs : les uns nettement symptomatiques par leur durée ou par leurs relations plus étroitement pathogéniques, les autres paraissant plutôt provoqués que produits par l'intoxication urinaire et évoluant, une fois déterminés, avec une certaine liberté d'allure. Les premiers sont surtout des délires diffus, et les seconds plus souvent des délires systématisés, plus proprement des psychoses.

Les délires diffus sont semblables à tous ceux qu'on observe dans les maladies aiguës ou dans certaines intoxications et se manifestent par une confusion mentale hallucinatoire aiguë, dont les caractères ont déjà été donnés. La loquacité, la gesticulation peuvent devenir de plus en plus intenses et constituer la forme maniaque et se transformer en délire aigu, ou au contraire s'apaiser jusqu'à la stupeur en passant par toutes sortes d'intermédiaires et notamment par le subdelirium et le mutisme. Si ces deux états extrêmes s'asso-

(1) Joffroy. *De la folie brightique*, ouvr. cité.

cient, ou a des formes mixtes, où encore la dépression et l'agitation peuvent alterner. Bien que ces délires diffus aient une tendance naturelle à la guérison, leur durée est très variable et est en rapport avec la persistance des lésions pathogéniques qui les ont provoqués et qui les entretiennent.

Parfois le délire s'organise. Le délire systématisé — je le prends dans son sens le plus large — peut apparaître d'emblée ou succéder à une période de confusion mentale. On a observé chez les urémiques des mélancoliques (1). Le plus souvent on a constaté des idées religieuses, ambitieuses, de persécution, mais auxquelles on a donné le nom de délire, qu'elles ne méritent ni par leur enchaînement, ni par leur unité. Toutefois M. Raymond (2) a suivi une malade qui présentait un délire du doute. Mais il semble que les délires assez fortement systématisés exigent une certaine lucidité d'esprit, un certain pouvoir de synthèse psychologique, qui sont généralement absents ou diminués dans les états urémiques, dans lesquels domine une psychiasthénie aiguë. Parmi les autres accidents psychopathiques dûs à l'urémie, la démence a été notée (3); mais je n'ai pas lu de relation de paralysie générale. Les phénomènes cataleptiformes ont été signalés (4).

La marche de ces délires, qui est variable, peut parfois être en rapport étroit avec les autres symptômes rénaux, comme dans la malade de M. Raymond (5), dont l'état mental s'aggravait ou s'améliorait parallèlement à l'état organique et s'amendait aussi sous l'influence du traitement physique. Le régime lacté a quelquefois fait disparaître les troubles délirants (Dieulafoy).

(1) Dieulafoy. Ouvr. cité, 1885. — Bouvat. Ouvr. cité, 63.

(2) Raymond. *Soc. méd. des Hôpit.*, 13 juin 1890.

(3) Hoesslin. Observation traduite dans Florant, ouvr. cité, 62.

(4) Brissaud et Lamy. Ouvr. cité.

(5) Raymond. *Soc. méd. des Hôpit.*, 13 juin 1890.

## ARTICLE V

### MALADIES NERVEUSES

Les maladies nerveuses sont, avec les maladies mentales, les deux branches d'un même tronc. On observe les unes et les autres dans les mêmes familles, comme on l'a vu au chapitre de l'hérédité ; on les rencontre aussi les unes et les autres chez les mêmes individus, ce qui est le sujet de ce paragraphe, et le fait, en lui-même, n'a rien donc que de très naturel. Encore faut-il distinguer les cas, certainement très nombreux, où il s'agit de simples associations morbides de psychoses et de maladies nerveuses, associations dont Charcot a su bien montrer la fréquence en neuropathologie, des autres cas, les seuls qui nous intéressent ici, où les symptômes mentaux sont nettement sous la dépendance des affections névropathiques.

On croit généralement que les simples défectuosités psychiques, comme les maladies mentales plus graves, sont accompagnées de troubles du système nerveux, qui en sont les conditions nécessaires. Ainsi envisagées, les vésanies dites pures seraient des états complexes où les désordres de l'intelligence ne seraient qu'un des aspects de l'affection. Cette conception — encore qu'hypothétique — peut être acceptée, si on veut bien considérer les altérations nerveuses d'une manière tout à fait générale, et ne pas s'attendre à trouver, toujours et forcément, des lésions anatomiques semblables à celles que nous sommes habitués à rencontrer ailleurs.

Mais actuellement, c'est là une vue de l'esprit plus encore qu'une vérité d'observation. Dans les autopsies d'aliénés, on observe les lésions les plus diverses des centres nerveux, mais aussi des lé-

sions d'autres organes; il est difficile de rattacher aux premières seules les symptômes cliniques observés durant la vie, et qui vraisemblablement se rapportent, en partie tout au moins, aux altérations fonctionnelles de bien des viscères et de bien des tissus. Car l'aliénation mentale est certainement une des maladies les plus générales. Et même quand il s'agit de ces troubles qui, en apparence, sont purement psychiques, de la folie morale par exemple, le nombre et la variété des stigmates physiques de dégénérescence indiquent bien que la plupart des organes sont plus ou moins atteints.

Cependant les altérations nerveuses directement en rapport avec les états psychopathiques ne sont pas connues. Dans beaucoup de cas, elles paraissent être secondaires à des troubles généraux de la nutrition, à des intoxications ou à des maladies viscérales. Dans d'autres, dans les folies dites héréditaires, où la prédisposition est au maximum et la déséquilibration mentale un fait permanent, nul doute qu'il n'y ait une défectuosité congénitale de l'appareil nerveux. Elle est évidente dans les cas extrêmes, dans l'idiotie par exemple, où les arrêts de développement (microcéphalie), les malformations (porencéphalie[1], hydrocéphalie), les altérations diverses (scléroses cérébrales, méningites), sont communs et ne seront pas étudiés ici, où je m'occupe plus spécialement de la folie. Il est possible que, dans d'autres états psychopathiques, le vice mental tienne aussi à des arrêts d'évolution de quelques parties du système nerveux.

Quoi qu'il en soit, il est nécessaire de rechercher dans les différentes maladies du système nerveux les conditions de développement de certaines psychoses. Or il est naturel de diviser, pour l'étude, les névropathies en maladies nerveuses à lésions plus ou moins bien connues et en névroses dont l'anatomie pathologique est encore embryonnaire, — mais les unes et les autres séparées artificiellement par notre ignorance et non par leur nature. La paralysie générale, l'hystérie et l'épilepsie sont souvent associées à des troubles intellectuels, à la folie. Mais ce ne sont pas là des maladies men-

(1) Bourneville et Sollier. Contribution à l'étude de la porencéphalie et de la pseudo-porencéphalie, *Congrès Intern. de méd. ment. (Session de Paris), C. R.*, 1890, 343.

tales. Je n'aurai donc à m'occuper de leur étiologie que d'une manière accessoire. Il me restera à dire ici de quelle manière ces états morbides peuvent provoquer des troubles psychiques.

1. Maladies des méninges. — L'*inflammation des méninges* est souvent liée à l'évolution de tumeurs ou d'encéphalites diverses. Parfois elle se rattache à un état général, l'alcoolisme et la vérole surtout. Enfin elle peut être la localisation d'infections (tuberculose, syphilis, endocardites, pneumonie). Selon qu'elle est aiguë ou chronique, localisée ou généralisée, ses symptômes et notamment les symptômes mentaux varieront. Dans sa forme aiguë, par exemple dans la méningite infectieuse, le délire peut rappeler celui des maladies fébriles et se présenter avec de l'agitation ou encore, à la période ultime, avec des phénomènes de dépression. Dans ces cas, il apparaît ordinairement avec l'hyperthermie (1). On a dit que le délire était constant dans la méningite de la convexité et absent dans celle de la base. Si d'autre part la lésion intéresse surtout le mésophale ou le bulbe, le retentissement intellectuel sera plus rare.

Parfois, c'est à une méningite chronique qu'on a pu attribuer des accès maniaques à type récurrent (2). I a lésion trouvée a été la pachyméningite hémorrhagique, comme dans le cas de Savage et Percy-Smith (3), où la prédisposition était manifeste. Les hémorrhagies méningées, avec fausses membranes sous la dure-mère, seraient, d'après Wiglesworth (4), assez fréquentes chez les aliénés, où on les rencontrerait dans un dixième des cas.

Les *pachyméningites* (5) ont quelquefois simulé la paralysie générale. D'autre part, certaines lésions syphilitiqnes des méninges pourraient provoquer des troubles mentaux démentiels. Enfin dans

(1) Ball et Ritti. Ouvr. cité, 363.

(2) Plaxton. Case of chronic meningitis, *The Journal of mental Sci.*, 1890, XXXVI, 67.

(3) Savage and Percy-Smith. *The Journal of ment. Sci.*, 1886, jan.

(4) Wiglesworth. On hœmorrhages and false membranes within the cerebral subdural space, occuring in the insane, *The Journal of mental Sci.*, 1887-88, XXXIII, 509.

(5) Mabille. Pachyméningite simulant une paralysie générale, *Ann. méd. psych.*, 1884, XII, 51. — Christian. Pachyméningite avec symptômes de la paralysie générale, *Ann. méd. psych.*, 1885, I, 233.

les méningites chroniques et secondaires à une tumeur, le retentissement intellectuel est moins fréquent.

2. Troubles de la circulation encéphalique. — On n'est pas encore fixé sur le rôle de l'anémie cérébrale dans la production des troubles mentaux. Et les folies par anémie (Luys, A. Voisin [1]) constituent un groupe nosologique dont l'autonomie repose sur une hypothèse anatomo-physiologique qu'il n'est pas commode de vérifier.

L'anémie de l'encéphale s'observerait dans certaines affections du cœur, dans la convalescence des maladies aiguës, dans l'inanition. La congestion est une cause psychopathique plus certaine et surtout plus étudiée. Maury ([2]) avait remarqué que chez lui les hallucinations hypnagogiques coïncidaient avec la congestion de la tête. Une malade de Pinel présentait, dès qu'elle était couchée, des troubles sensoriels qui disparaissaient quand elle était assise. Baillarger avait remarqué aussi que les hallucinations hypnagogiques étaient fréquentes chez les femmes dont les règles se trouvaient suspendues.

La congestion cérébrale et avec elle des troubles mentaux surviendraient d'après Legrand du Saulle ([3]) : 1° au cours d'une lésion diffuse ou en foyer du cerveau ; 2° comme manifestation localisée d'une maladie générale ; 3° sous l'influence de divers états constitutionnels ou accidentels chez des individus valides. Dans ce dernier cas, qui représentait pour lui la vraie folie congestive, Legrand du Saulle distinguait les troubles mentaux par hyperémie passive, par exemple chez les cardiaques, laquelle se manifeste ordinairement par des états dépressifs, et les troubles mentaux par hyperémie active qui se traduit principalement par de l'irritabilité et des hallucinations. De cette dernière classe Baillarger faisait sa folie congestive. Comme l'avait remarqué Legrand du Saulle, ce sont surtout les prédisposés qui deviennent fous à l'occasion d'une congestion cérébrale.

(1) A. Voisin. *Leçons cliniques*, ouvr. cité, 72 et 79.

(2) Maury. *Le sommeil et les rêves*, 3e édition, 1865.

(3) Legrand du Saulle. Les congestions cérébrales et la folie congestive, *Ann. méd. psych.*, 1885, I, 122.

3. Lésions encéphaliques diffuses. — Les autres maladies de l'encéphale ont été divisées en diffuses (paralysie générale) et localisées (hémorrhagies, ramollissements, tumeurs). Les symptômes cliniques justifient, jusqu'à un certain point tout au moins, cette séparation.

L'histoire de la *paralysie générale* est encore bien obscure, malgré la quantité et la valeur des travaux que son étude a provoqués. On a vu, dans les chapitres précédents, combien son étiologie est mal débrouillée. On sait qu'elle frappe plus souvent l'homme que la femme dans la proportion de 2,5 à 1 (statistique du Bureau d'Admission à Paris, de 1886 à 1892) et que l'âge moyen de la séquestration est, actuellement et à Paris, de 40 ans (1). C'est donc une maladie de la maturité, le *senium precox* d'un cerveau anormalement constitué ou surmené (2).

Sa plus grande fréquence dans les villes, parmi les professions fatigantes (intellectuelles et militaires), chez l'homme adulte, la femme pauvre et les filles publiques ; au contraire sa rareté dans les milieux religieux et sobres, son apparition chez les sujets de races aux mœurs primitives, qui viennent à partager notre genre de vie, tout indique bien que la paralysie générale est une maladie qui frappe le surmenage sous toutes ses formes. On a, tour à tour, invoqué l'influence étiologique de l'alcoolisme, de la syphilis, et de la plupart des intoxications et des infections, des maladies générales et dystrophiques telles que l'arthristisme, du traumatisme, des émotions et enfin des excès de tous genres. Mais jusqu'à ce jour, il est impossible de prendre nettement parti dans ces débats, quelque peu contradictoires, et surtout de se faire une opinion exclusive.

Ce qui paraît certain, c'est l'influence d'une prédisposition particulière, souvent héréditaire. On sait que, comme dans toutes les maladies nerveuses, l'hérédité similaire est très rare. Mais au contraire les congestifs, les arthritiques, les névropathes et même les aliénés seraient, comme on l'a vu, fréquents dans les familles des

(1) Magnan et Sérieux. — La paralysie générale, *Encycl. Scient. des aid. mém.* 158 et 159.

(2) Schule. *Traité clinique des maladies mentales, Trad. J. Dagonet et Duhamel*, 1888, 358.

paralytiques. Cette influence de la prédisposition héréditaire, comme condition nécessaire, a été bien mise en lumière par M. Joffroy (1), qui, poursuivant une idée de Charcot, soutient que la syphilis, l'alcoolisme, les causes morales, le surmenage physique et mental, et tous les autres facteurs ne pouvaient provoquer la paralysie générale que sur des organismes préparés par des tares héréditaires. Leur rôle, tout en étant secondaire, n'en est pas moins important, et les prédisposés, les dégénérés — car la dégénérescence et la paralysie générale ne sont nullement incompatibles — doivent, plus que les autres, se garer de ces accidents morbides qui augmentent singulièrement leurs chances à devenir paralytiques.

La paralysie générale est-elle une, toujours semblable à elle-même malgré la variété de ses manifestations, ainsi qu'on le pense communément? Dans ce cas, les causes citées auraient peu ou pas d'action sur sa physionomie clinique. Qu'elle soit produite par l'alcool, le plomb ou la vérole, ses symptômes seraient à peu près invariables; à peine quelques différences de détail, des troubles sensoriels plus fréquents, une certaine irrégularité d'allure, souligneraient imperceptiblement son origine toxique ou infectiense.

Mais pour quelques observateurs, ces caractères spéciaux prendraient dans certains cas (alcool, plomb et syphilis), une importance telle que la maladie serait absolument défigurée, n'évoluant plus comme la paralysie générale dite classique, dont elle différerait principalement par la curabilité. Ce seraient, disent-ils, des pseudo-paralysies générales, terme impropre puisque la méningo-encéphalite de Bayle ne serait pour rien dans ces syndrômes, qui la simuleraient grossièrement et ne seraient en résumé que de l'alcoolisme ou du saturnisme chronique ou bien encore de la syphilis cérébrale (Magnan).

On connaît la théorie de M. Charpentier (2) qui tend à expliquer tous les faits en apparence contradictoires. Il n'y a pas pour lui une paralysie générale, mais plusieurs, différentes selon leur cause et évoluant de diverses manières, curables ou incurables, avec ou sans rémissions, selon qu'elles sont engendrées par des

(1) Joffroy. Leçons faites à l'asile Ste-Anne, 1894-95.

(2) Charpentier. Les intoxications et la paralysie générale, *Ann. méd. psych.*, 1890, XII, 228.

intoxications, des maladies infectieuses ou des états constitutionnels. A chaque aspect clinique correspondraient des lésions plus ou moins profondes, atteignant légèrement les cellules nerveuses ou les frappant de mort.

On voit combien la nature de la paralysie générale est encore peu élucidée. Et ce ne sont point les constatations anatomiques qui pourront trancher les questions pendantes (1).

Depuis les travaux de M. Magnan (2), c'est une opinion classique que la légion constante, primitive et essentielle de la paralysie générale est une encéphalo-myélite chronique interstitielle diffuse, et que l'inflammation de la névroglie est le fait caractéristique. Or une autre opinion, déjà formulée en Allemagne, tend à se faire jour actuellement en France. M. Joffroy (3) a observé des cas, qui lui permettent de penser que les lésions de la cellule sont les premières en date et que la sclérose interstitielle est un fait secondaire.

M. Pierret (4) a émis une opinion analogue, fondée surtout sur ce fait clinique qu'un des premiers symptômes est la démence qui suppose une altération des éléments nobles du système nerveux. M. Rendu (5) et M. Raymond (6) inclineraient à une conclusion analogue, le premier pensant que les cellules nerveuses sont primitivement atteintes, et le second insistant sur l'importance de l'altération des tubes nerveux.

Mais alors la paralysie générale serait une maladie parenchymateuse. Et ce serait là un précieux argument pour ceux qui considèrent le tabes et la paralysie générale comme une seule et même maladie.

On sait que c'est là une déjà vieille question (7). Dès qu'on a com-

(1) Dagonet. *Traité des maladies mentales*, 1894, 607 et suiv.

(2) Magnan. *De la lésion anatomique de la paralysie générale*, Th. Paris, 1866. — Id. *De l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale*, 1868.

(3) Joffroy. *Congrès annuel de médecine mentale* (*Session de Blois*, 1892) *C. R.*, 1893, 240. — Klippel et Azoulay. Ouvr. cité.

(4) Pierret. *Congrès annuel des aliénistes* (*Session de Lyon*), Ouvr. cité.

(5) et (6). *Soc. méd. des hôpit.*, 10 juin 1892.

(7) Stojanovitch. *Étude critique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale*, Th. Paris, 1893. — Nageotte. *Tabes et paralysie générale*, Th. Paris, 1893, 7 et suiv. On trouvera dans ces deux thèses un historique intéressant de la question, où je puise. P. Marie. *Maladies de la moelle.*

mencé à connaître le tabes et la démence paralytique, on a été frappé des rapports qui pouvaient unir ces deux affections. Des symptômes ataxiformes étaient notés chez les paralytiques et des troubles mentaux l'étaient chez les tabétiques.

Mais tout d'abord on s'attacha à établir les différences qui pouvaient séparer nettement ces deux groupes de malades. Duchenne de Boulogne a cherché à établir ce diagnostic différentiel, qui reposait, pour lui, sur l'absence, chez les paralytiques, d'ataxie réelle et sur l'apparition de la paralysie ultime. Pourtant Baillarger, qui avait remarqué quelques cas de démence paralytique débutant par l'amaurose, le ptosis, le strabisme et la diplopie, disait que ces symptômes pouvaient se rapporter à la maladie cérébrale. Mais lorsqu'il existait des douleurs térébrantes, cela le faisait songer au tabes; et alors il admettait que les deux maladies étaient associées, la paralysie générale pouvant évoluer en masquant l'ataxie, ou guérir alors que le tabes se développait pleinement, ou bien encore poursuivre avec ce dernier une marche parallèle.

Or, en Allemagne, des travaux non plus seulement cliniques, mais anatomo-pathologiques, se poursuivaient ; et Westphal (1863-1864), concluait que la moelle et le cerveau étaient parfois atteints par un processus pathologique, qui affectait dans la moelle les cordons postérieurs (tabes) et qui dans le cerveau (paralysie générale) était encore inconnu. Vers cette époque, M. Jaccoud (1) disait en France que la paralysie générale, survenant chez les tabétiques, était la propagation au cerveau de la maladie médullaire; et Topinard (2) créait une forme ataxique de la paralysie générale et une forme cérébrale du tabes. Peu après M. Magnan (3) admettait encore que la paraysie générale était parfois une propagation d'une lésion de la moelle, et aussi que le processus cérébral

(1) Jaccoud. *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*, 1864.

(2) Topinard. *De l'ataxie et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive*, 1864.

(3) Magnan. Maladie de la moelle suivie de paralysie générale, *Gaz. des hop.*, 1866. — Id. Des relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle et des nerfs dans la paral. génér. *Soc. méd. psych.*, 1873, 473. — *Gaz. des Hôpit.*, mars 1871.

pouvait envahir secondairement l'axe médullaire et produire des symptômes ataxiformes, d'autres fois encore la maladie commençant par une altération d'un nerf (nerf optique par exemple).

De la discussion, qui eut lieu à la Société médico-psychologique en 1872 (1), il ressortit cette opinion que la paralysie générale pouvait être précédée par une phase ataxique. Et M. Bouchereau disait qu'elle était dans certains cas la propagation du tabes ou d'une névrite donnant lieu à des signes d'ataxie, mais aussi qu'elle pouvait présenter des symptômes tabétiques. M. A. Voisin (2) soutenait un peu plus tard que 75 sur 100 des paralytiques ont des lésions des parties postérieures de la moelle. D'autre part, M. Fournier (3) faisait remarquer la fréquence, chez les tabétiques, des attaques apoplectiformes et autres accidents cérébraux propres à la paralysie générale.

M. Rey (4) attirait l'attention sur les troubles mentaux des tabétiques, qui le plus souvent étaient des paralytiques, comme le fait remarquer M. Nageotte (5). Mais si les moelles des paralytiques généraux ont été étudiées, les cerveaux des tabétiques ne l'ont guère été encore, sauf par MM. Pierret et Joffroy, qui auraient trouvé des lésions de sclérose dans l'écorce cérébrale. Les pièces anatomiques manquent donc au procès.

Dans ces dernières années on a voulu légitimer encore davantage cette association du tabes et de la paralysie générale avec l'hypothèse que ce serait là une seule et même affection. M. Nageotte (6), qui a exposé les idées de M. Raymond, a défendu cette manière de voir, qu'aurait acceptée M. Rendu. D'autre part, M. Joffroy s'est élevé contre cette conception, et l'excellente thèse de M. Stojanovitch (7), qu'il a inspirée, montre que le tabes et la para-

(1) *Ann. méd. psych.*, 1872, VIII, 260.

(2) A. Voisin. *Traité de la paralysie générale des aliénés*, 1879.

(3) In Nageotte. Ouvr. cité, 19.

(4) Rey. Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale, *Ann. méd. psch.*, 1875, XIV, 161.

(5) Nageotte. Ouvr. cité, 20 et 21.

(6) Nageotte. Ouvr. cité.

(7) Stojanovitch. *Etude clinique sur les rapports du tabes dorsalis et de la paralysie générale*, Thèse Paris, 1893.

lysie générale sont bien deux affections différentes, et que cette dernière ne vient pas plus souvent s'associer à l'ataxie locomotrice que les autres variétés de l'aliénation mentale. Est-ce à dire qu'il est interdit aux tabétiques de devenir paralytiques généraux ? Nullement. Mais M. Joffroy (1), s'appuyant sur ce qu'il a vu, est porté à croire que la plupart des ataxies versant dans la démence paralytique ne sont que des paralysies générales ayant débuté par la moelle et présenté des troubles rappelant la maladie de Duchenne. Il est certain aussi que les paralytiques généraux ont souvent des lésions médullaires et consécutivement des symptômes tabétiformes (2). Notamment il semblerait que la paralysie générale, survenant chez les adolescents, s'accompagnerait plus fréquemment de symptômes médullaires (Joffroy 3).

Voyons maintenant le rôle de la paralysie générale dans la genèse des troubles mentaux. Esquirol (4), considérait cette maladie comme une complication pouvant survenir dans le cours des diverses formes de folie et surtout de la démence. Cette opinion fut tout d'abord celle de ses élèves Georget, Delaye et Calmeil, qui contribuèrent cependant, par leurs travaux, à constituer l'autonomie de cette nouvelle espèce morbide. Cependant, à la même époque, en 1822, Bayle (5) établit que l'*arachnitis* ou

(1) Joffroy. Congrès des médecins Aliénistes et Neurologistes, (Session de Clermont-Ferrand, 1894).

(2) Le diagnostic entre l'ataxie locomotrice et la paralysie générale peut présenter parfois des difficultés presque insurmontables chez un malade qui, à côté de symptômes de tabes, manifeste des signes de démence. Sur quoi se basera-t-on pour établir le diagnostic ? Il ne faut pas trop compter trouver un appui sur les troubles psychiques ; l'affaiblissement intellectuel est commun chez tous les déments organiques, et les idées de grandeur absurdes se rencontrent assez fréquemment dans la débilité mentale, congénitale ou acquise. Les symptômes physiques sont des renseignements plus précieux quand il existent, car ils peuvent être tardifs, et notamment l'embarras de la parole chez les paralytiques généraux. D'autre part le signe d'Argyll Robertson se rencontre encore dans le tabes ; mais lorsque les réflexes accommodateurs sont disparus aussi, le diagnostic de la paralysie générale est très probable, ainsi que l'enseigne M. le Pr Joffroy.

(3) Joffroy. La paralysie générale juvénile, leçon faite à l'asile Saint-Anne le 8 décembre 1894.

(4) Esquirol. Ouvr. cité, I, 82, et II, 256.

(5) Bayle. *Recherches sur l'arachnitis chronique*, Th. Paris, 1822.

*méningite chronique*, comme il l'appelait, était une maladie spéciale, qui avait des symptômes paralytiques et des symptômes délirants (monomanie ambitieuse), intimement liés entre eux et forment un tout. Parchappe (1) consacra cette manière de voir en apportant la dénomination nouvelle de *folie paralytique*.

A ce moment la doctrine unitaire était constituée. La paralysie générale se composait de 3 groupes de symptômes, la folie, la démence et la paralysie, aussi importants et nécessaires au diagnostic les uns que les autres. Mais Requin (2) fit remarquer, en 1846, que cette maladie pouvait apparaître chez des gens sains d'esprit et ne déterminer qu'une démence terminale tardive. Il y avait donc une paralysie générale des aliénés avec délire, et une autre sans désordres mentaux. A la même époque, Baillarger (3), précisant la question, montra que, dans un grand nombre de cas de paralysie générale, le délire pouvait manquer et que la folie était par conséquent un symptôme secondaire contingent, tandis que les phénomènes paralytiques et de démence étaient constants et essentiels. Il proposait d'appeler l'affection *démence paralytique*.

Cette théorie dualiste, qu'on trouvera parfaitement exposée dans un des derniers travaux de Baillarger (4), était en somme le contrepied de la doctrine d'Esquirol. La folie devenait la complication de la paralysie générale. Cette manière de comprendre la question fut acceptée plus ou moins explicitement par plusieurs auteurs, Foville, Régis (5), Magnan et Sérieux (6), qui considèrent que les caractères fondamentaux et nécessaires de l'affection, sont la démence et les troubles physiques, et que les délires représentent les

(1) Parchappe. — *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*, 1836.

(2) Requin. *Éléments de pathologie médicale*, 1846, II, 90.

(3) Baillarger. *Recherches, etc*, ouvr. cité, II, 458.

(4) Baillarger. Sur la théorie de la paralysie générale, *Ann. méd. psych.*, 1883, IX, 18 et 191, et X, 18 et 363.

(5) Régis. *Manuel pratique de médecine mentale*, 2e édition, 1892, 431.

(6) Magnan et Sérieux. La paralysie générale, *Encyclopédie des Aide-Mémoire*, 9 et suiv.

caractères accessoires. Cette opinion a encore été formulée récemment par M. Joffroy (1), qui a insisté sur ce fait que, dans les rémissions de la paralysie générale, il restait toujours un état de démence plus ou moins prononcé qui rattachait en quelque sorte l'une à l'autre les deux périodes apparemment interrompues de la maladie. Ce professeur faisait remarquer, à ce sujet, que la démence était bien le caractère essentiel (2) de la paralysie générale ; plusieurs des malades internés depuis quelque temps à la Clinique n'avaient en effet que ce symptôme psychique à l'exclusion de toute idée délirante.

Si l'on veut se dégager de toute idée préconçue sur la soi-disant *folie paralytique*, il faut reconnaître que, dans cette dernière, il y a deux ordres de faits. D'abord une maladie cérébrale, dont les lésions, plus ou moins discutées, sont constantes ; elle a son autonomie propre au même titre que toutes les autres lésions cérébrales (hémorrhagies, ramollissements, tumeurs). Ainsi que ces dernières et plus souvent encore — parce que son action est plus étendue — elle produit de la démence et aussi des troubles délirants qui, par eux-mêmes, n'offrent rien d'absolument spécial, qui peuvent manquer et ne sont, en définitive, que des symptômes ou des complications, si l'on veut, de la lésion cérébrale, tout comme ceux qui surviennent au cours des autres maladies encéphaliques.

L'affaiblissement intellectuel est en effet la conséquence de toutes les lésions du cerveau quelque peu étendues, des tumeurs, du ramollissement et surtout de ces altérations encéphaliques, mal connues, qui forment la base de la démence sénile. Cet affaiblissement psychique est toujours plus profond, plus complet, plus irrémédiable dans la paralysie générale, ce qui lui donne un cachet assez particulier. Les délires liés à cette dernière maladie sont moins personnels. Tout d'abord on avait cru que les idées ambitieuses mobiles, contradictoires et absurdes étaient la propriété des para-

(1) Joffroy. Les rémissions dans la paralysie générale, leçon faite à l'asile Sainte-Anne le 19 janvier 1895.

(2) Joffroy. Tumeurs cérébrales et mort subite, leçon faite à l'asile Sainte-Anne le 20 février 1895.

lytiques. Mais on les retrouve chez des débiles et dans maints états d'intoxication, notamment dans l'alcoolisme où elles simulent parfaitement la paralysie générale. De même le délire hypochondriaque, que Baillarger croyait réservé aux seuls déments paralytiques, peut se rencontrer ailleurs. D'autre part les paralysies générales, débutant par une phase neurasthénique (Ballet), et surtout par un état mélancolique, — ainsi que le Pr Joffroy aime à le faire remarquer, ne sont pas rares.

L'embarras de la parole est souvent simulé par les alcooliques, les apoplectiques et les individus atteints de sclérose en plaques ; enfin le signe d'Argyl Robertson, qui est un des signes fondamentaux du tabes, et la perte du réflexe accommodateur, qui peut aussi se rencontrer chez les alcooliques d'après les recherches de M. Joffroy (1), ne sont pas des symptômes constants chez les paralytiques. Tous ces signes oculaires, envisagés isolément, n'ont d'ailleurs pas, si importants qu'ils soient, le caractère pathognomonique qu'on leur prête d'ordinaire ; mais leur réunion est, comme je le faisais remarquer plus haut, d'une signification plus précise. Enfin récemment M. Joffroy (2) montrait le cerveau d'une paralytique générale qui avait présenté, durant sa vie, un nystagmus absolument identique à celui qu'on observe dans la sclérose en plaques.

Il ne reste donc rien, parmi les symptômes, de bien spécial à la paralysie générale. Si l'on réfléchit d'autre part que, sur ses lésions anatomiques, les anatonomo-pathologistes de profession ne sont pas absolument d'accord, on se demande ce qui reste de cette maladie, déclarée entité morbide pour des signes qui, individuellement, n'ont rien d'exclusivement particulier. Faut-il aller jusqu'à dire avec M. J. Falret, que « l'histoire de la paralysie générale est à refaire » ? On doit toutefois reconnaître que c'est là une maladie dont l'aspect clinique est des plus saisissants et tellement net qu'il ne faut pas une longue éducation pour le vite reconnaître.

Les autres *lésions diffuses* de l'encéphale (altérations athéromateuses, dégénérescences cellulaires), peuvent provoquer ce qu'on

(1) Joffroy. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne le 30 mars 1895.

(2) Joffroy. Nystagmus et paralysie générale, leçon faite à l'asile Sainte-Anne le 20 février 1895.

appelle la démence sénile. L'état mental que ces lésions produisent c'est l'affaiblissement intellectuel. Lorsqu'il survient des conceptions délirantes, elles sont en général monotones, sans systématisation, et le délire est ordinairement effacé, les hallucinations sont rares et peu extériorisées ; l'apathie domine. Mais des troubles mentaux plus aigus ont été aussi observés.

4. Lésions encéphaliques circonscrites. — Il faut ranger dans un même groupe les lésions encéphaliques plus ou moins circonscrites du cerveau (hémorrhagies, ramollissements, etc). Ces lésions cérébrales ont été peu à peu isolées de la démence sénile simple sans lésion localisée, et groupées par Foville (1), sous le terme générique de *démence organique*. Elles ont été bien étudiées dernièrement par M. Lwoff (2).

Les troubles psychiques sont fréquents au cours des lésions encéphaliques ; et il ne paraît pas nécessaire qu'elles frappent les lobes frontaux pour éveiller des désordres et même de l'affaiblissement intellectuels.

D'autre part le cervelet par exemple a pu être seul atteint et provoquer des accès maniaques (3). Il n'y a pas de localisation anatomique de la folie, ni même de la démence, mais probablement il existe une localisation histologique ; et il est vraisemblable que les lésions des cellules nerveuses et des fibres à myéline de l'écorce sont en rapport avec l'affaiblissement intellectuel, ainsi que l'ont montré les recherches de Tuczek, de M. Targoula (4), de M. Kéraval, etc.

La fréquence des troubles psychiques dans les lésions encéphaliques a été diversement interprétée.

Ball et Krishaber (5) disent n'avoir constaté, sur 274 cas de

(1) Foville. Art. Démence, *Dict. Encycl. des Sci. méd.*

(2) Lwoff. *Étude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, Th. Paris, 1890.

(3) Morel (*Traité des maladies mentales*, 1860, 141, en rapporte un cas douteux.

(4) Targoula. *Essai sur les fibres nerveuses à myéline intra-corticales du cerveau dans la paralysie générale et dans la démence*, Th. Paris, 1890.

(5) Ball et Krishaber. Art. Cerveau, *Dict. encycl. des Sci. méd.*, XIV, 1873, 458 et 459.

tumeurs et abcès du cerveau, que 5 fois l'aliénation mentale. Mais ce chiffre doit être considérablement grossi si l'on y ajoute les faits de démence, hypochondrie, mélancolie, délire, stupeur, agitation nerveuse, etc., qui ont été comptés à part.

Les troubles mentaux dans le cancer cérébral ont été l'objet de travaux spéciaux. Observés et signalés d'abord par Delpech, Andral, Calmeil, ils ont été assez bien étudiés par Berthier (1), qui rapporte les observations publiées avant lui et qu'il fait suivre de quelques autres personnelles. Il remarque, en comparant ces faits, la fréquence des phénomènes convulsifs, des troubles moteurs et de la sensibilité, ainsi que de l'embarras de la parole. Dans 36 cas, 10 fois la démence se serait manifestée, et, dans les autres faits, on aurait eu surtout affaire à de la stupeur ou même à un véritable affaiblissement intellectuel. La mélancolie et l'excitation maniaques ont aussi été notées. Berthier en conclut qu'il n'y a pas de symptôme propre au cancer cérébral. Quand on lit les observations qu'il a recueillies, on remarque que les sujets étaient surtout des déments.

En effet le caractère commun de toutes les lésions encéphaliques en foyer, c'est de déterminer un état démentiel, qui n'est en général pas aussi complet que dans la paralysie générale. Je laisse de côté la stupeur, le coma et le subdelirium, qui suivent les attaques apoplectiformes et épileptiformes, souvent associées à ces altérations encéphaliques. Les conceptions délirantes des organiques sont en général plus ou moins incohérentes et un peu niaises, trahissant la faiblesse de l'esprit qui les crée. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe sont fréquentes, surtout après les attaques, et rappellent les états d'intoxication ; parfois elles sont unilatérales (2) et, dans ce cas, peuvent faire songer à une irritation morbide du centre cortical sensoriel opposé, si l'organe du sens, l'oreille par exemple, n'est pas lui-même atteint.

Le syndrôme clinique de la paralysie générale peut être simulé plus ou moins parfaitement par les lésions les plus diverses, un

(1) Berthier. De la folie cancéreuse. *Ann. méd. psych.*, 1869, II, 343.

(2) Ed. Toulouse. Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau, *Gaz. des hopit.*, 1892, 594. — Id. Les hallucinations unilatérales, Revue générale, *Gaz des Hôpit.*, 1892, 609.

cancer (Percy Smith) [1], une gomme (Targoula) [2]. L'écueil est d'autant plus difficile à éviter que parfois les idées de grandeur ont été signalées par plusieurs auteurs, notamment par Foville [3] et Baillarger [4]. On trouvera plusieurs de ces faits dans la thèse de M. Lwoff. L'émotivité est en général accrue. De véritables obsessions et impulsions morbides peuvent être provoquées par les lésions cérébrales (hémorrhagie [5], ramollissement [6]). Dans ces cas, les antécédents héréditaires des sujets expliquaient l'éveil de ces troubles morbides.

5. Maladies de la moelle. — Si l'on en croit Stewart, dont Foville [7] a traduit le travail, les altérations de la moëlle seraient fréquentes dans les diverses variétés de folie. Dans 15 observations rapportées de démence, mélancolie et épilepsie, il existait des altérations diverses de l'axe médullaire. On sait d'autre part que les lésions de la moelle ne sont pas rares dans la paralysie générale.

Parmi les maladies qui provoquent souvent des troubles mentaux, il faut surtout et d'abord citer l'*ataxie locomotrice*. On a vu plus haut les cas où elle paraissait s'associer à la paralysie générale. Mais il peut aussi survenir, au cours de tabes non compliqués de symptômes paralytiques, des troubles mentaux variés. D'abord étudiés en Allemagne, ils l'ont été en France par M. Rey [8], qui observa un état de mélancolie anxieuse unie au tabes et surtout des

(1) Percy Smith. Case of secondary carcinoma of the brain, simulating general paralysis of the insane, *The Journal of ment. Sci.*, 1888-89, XXXIV, 61.

(2) Targoula. Gomme du cerveau simulant le syndrôme de la paralysie générale, *Ann. méd. psych.*, 1890, XI, 232.

(3) Foville. *Ann. méd. psych.*, 1880.

(4) Baillarger. Du délire ambitieux dans les lésions organiques, *Ann. méd. psych.*, 1881.

(5) Journiac. *Ann. méd. psych.*, 1891, XIII, 431.

(6) Séglas. *Ann. méd. psych.*, 1891, XIV, 152. — Marandon de Montyel. *Gaz. des Hôpitaux*, 1892, 1095 et 1103.

(7) Stewart. Des lésions de la moelle épinière observées chez les aliénés, *Ann. méd. psych.*, 1888, VIII, 195.

(8) Rey. Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale, *Ann. méd. psych.*, 1875, XIV, 185.

états d'affaiblissement intellectuel (1), désordres qui surviennent à une période avancée de l'ataxie et qui s'accompagnent souvent d'idées de persécution et aussi d'hallucinations peut-être en rapport avec les altérations du nerf optique.

Cette influence des troubles céphaliques du tabes sur la production des désordres psychiques a été mise en lumière par M. Rougier (2), qui a essayé d'expliquer ainsi la pathogénie des idées délirantes, mélancoliques et de persécution, entretenues par les troubles somatiques et disparaissant avec eux. D'autre part M. Féré (3) a observé des cas où les troubles psychiques s'étaient montrés avant les phénomènes tabétiques. Mais si l'on doit admettre que des sujets prédisposés peuvent délirer à toutes les périodes de leur maladie, il n'est pas niable non plus que des lésions céphaliques soient des causes provocatrices très puissantes. Parfois elles donnent lieu à des troubles psychiques peu bruyants, comme dans le cas de M. Nageotte (4), où l'on trouva des lésions de paralysie générale chez un vieux tabétique qui, apparemment, n'avait présenté aucun symptôme intellectuel notable. Mais on sait que des malades, couchés depuis longtemps, peuvent devenir peu à peu déments sans qu'on s'en aperçoive.

En fin de compte, les tabétiques sont des prédisposés, de par leur maladie médullaire ; ils sont donc très aptes à délirer. Leur ataxie ne peut certainement pas provoquer de psychose absolument spéciale. Cela est évident. Mais il est non moins évident qu'elle ne doit pas être étrangère à la production des troubles mentaux. Et par exemple, lorsque des lésions compromettent la vie des cellules où s'élaborent les processus psychiques, on se demande comment le sujet, même non prédisposé, pourrait conserver l'intégrité de son intelligence. Dans ces cas, la démence et le désordre des actes

(1) Rey. Troubles intellectuels survenus dans quelques affections de la moelle et plus spécialement dans l'ataxie locomotrice, *Ann. méd. psych.*, 1884, XII, 211.

(2) Rougier. *Essai sur la lypémanie et le délire des persécutions chez les tabétiques,* Th.-Lyon, 1882.

(3) Féré. La famille névropathique, *Arch. de Neur.*, ouvr. cité. Obs. XLI, 35, et LIII, 36.

(4) Nageotte. Ouvr. cité, 134.

intellectuels doivent être liés aux altérations anatomiques.

Il serait stérile et sans enseignement que de rechercher tous les cas où des psychopathies ont été observées au cours de maladies de la moëlle. On peut rappeler seulement que des états vésaniques (1) et aussi la paralysie générale (2) ont été notés dans l'*atrophie musculaire progressive*.

Les troubles mentaux de la *sclérose en plaques* pourraient, d'après M. Féré (3), être divisés en 3 groupes : les uns se rapprochant de l'imbécillité et probablement en rapport avec les foyers cérébraux de la maladie ; les autres rappelant la paralysie générale, que la sclérose en plaques pourrait occasionner ; et les derniers seraient des vésanies diverses, simplement éveillées chez des sujets prédisposés par les altérations du tissu nerveux.

6. Névroses. — On a vu plus haut que l'*hystérie* paraissait souvent transmise par l'hérédité, soit similaire, soit dissemblable. Tous les agents pathogénes, traumatismes physiques et moraux, intoxications, maladies infectieuses, sont bons pour *provoquer* (4), ainsi que l'enseignait Charcot, la névrose, qui paraît, quelle que soit sa cause actionnante, toujours semblable à elle-même, — autant que l'on peut retrouver une même personnalité à des aspects cliniques aussi protéiques.

De tous temps, des troubles mentaux ont été observés chez les hystériques. On peut les diviser en délires liés aux attaques et en délires vésaniques indépendants. Les premiers ont été vulgarisés par l'Ecole de la Salpêtrière. Ils précèdent ou suivent l'attaque et parfois la remplacent. Ces délires ont les physionomies cliniques les plus variées (dépressifs, agités, obscènes ou religieux) ; mais ils se ressemblent par le caractère commun à tous d'être accompagnés d'hallucinations de la vue et de l'ouïe, ils rappellent

(1) Mabille. Lypémanie consécutive à une atrophie musculaire progressive, *Ann. méd. psych.*, 1879, II, 248.

(2) Baillarger. Démence paralytique consécutive à une atrophie musculaire progressive, *Ann. méd. psych.*, 1879, I, 76.

(3) Féré. La famille névropathique, *Arch. de Neur.*, ouvr. cité, 40.

(4) G. Guinon. *Les agents provocateurs de l'hystérie*, Th. de Paris, 1889.

donc en cela les délires toxiques, ainsi que l'avait remarqué Charcot (1). En outre, ils durent peu, quelques heures en général. Le somnambulisme, qui survient souvent dans l'hystérie, est encore un des phénomènes qui paraissent assez étroitement liés à cette névrose, bien qu'on puisse l'observer ailleurs.

Les autres délires, ceux qui semblent n'avoir aucun lien immédiat avec les attaques convulsives, sont des plus nombreux. Malgré ce polymorphisme, on a essayé de créer une folie hystérique. Mais ce qu'il y a de curieux, c'est la difficulté pour les auteurs qui l'ont décrite, de la définir en peu de mots. Ils sont obligés d'accumuler les caractères et les exemples. On relève par exemple, dans Morel (2) les traits suivants : instantanéité, actes extravagants, humeur maussade et changeante ; et voici quelques-uns de ces faits. La demoiselle C..., dit-il, « a toujours été maussade, capricieuse et fantasque ; elle n'a jamais fait de caresses à ses parents. Elle pleurait et riait sans motif et se livra de bonne heure à toutes sortes de bizarreries et d'excentricités. Placée chez des demoiselles pour apprendre l'état de couturière, on ne put la garder, tant elle était insolente et grossière en ses paroles. Bientôt se manifeste chez elle la série de ces actes délirants, spontanés, propres à ces malades. Un jour elle se couronna de fleurs, prit une guitare et annonça qu'elle allait parcourir le monde ». Elle tombait parfois « dans la stupeur, l'hébètement et la dépravation extrême ». Une autre hystérique, rapporte Morel, « sort subitement de sa torpeur, et trouble le repos général des malades, par ses chants, ses cris, ses vociférations. Elle devient violente et dangereuse en ses actes, déchire ses vêtements, frappe ses compagnes et brise ce qui lui tombe sous la main ». Une autre enfin a des visions, souffre de partout, est consciente de son état, se fait horreur à elle-même et assure qu'elle est folle ; elle profère involontairement des mots qui l'étonnent. On trouvera des exemples analogues dans Moreau (de Tours) (3) et dans le traité de M. Auguste Voisin (4).

(1) J.-M. Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière, notes de cours* de MM. Blin, J.-B. Charcot et Colin, 1887, 240.

(2) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 672 et suiv.

(3) Moreau (de Tours). *Traité pratique de la folie névropathique*, 1869.

(4) A. Voisin. *Leçons cliniques*, ouvr. cité, 129 et suiv.

M. Falret (1) donne encore, comme signes de la folie hystérique, la mobilité d'humeur, l'enthousiasme facile, le passage brusque d'un extrême à l'autre, de la haine à l'amour, le mensonge habituel, le langage ordurier, les impulsions de toutes sortes, des obsessions diverses. Récemment cet auteur (2) indiquait, comme caractères de la manie hystérique, la demi-lucidité, le délire des actes et les perversions sensorielles plus prononcées.

Pour Legrand du Saulle (3), c'est l'association, la combinaison de divers états vésaniques (manie, mélancolie, hallucinations, impulsions), qui indique leur origine hystérique. M. Vallon, qui admet aussi des délires propres à cette névrose, a dernièrement insisté sur ce fait observé par Lasègue, que le langage est, dans la manie hystérique, moins haché, moins *télégrammatique* que dans les états vésaniques similaires.

On pourrait passer en revue d'autres descriptions de la folie hystérique qui ne seraient pas plus claires que celles-là. Pour beaucoup de médecins, ce diagnostic est surtout un élément de classification pratique, commode et rapide (4).

Dans ces derniers temps, une réaction s'est faite contre ces idées. On a fait remarquer qu'aucun des troubles délirants de la soi-disant folie hystérique, n'était propre à ces névropathes et qu'ils s'observaient ailleurs et notamment dans les états de dégénérescence mentale, étudiés par M. Magnan, où la mobilité du caractère, les bizarreries, les obsessions et les impulsions sont donnés comme des symptômes cardinaux.

Les hystériques aliénés seraient donc des dégénérés et délireraient comme eux. Cette opinion, que Charcot et M. Magnan encourageaient, a été soutenue souvent dans ces dernières années et

(1) Jules Falret. *Études cliniques*, ouvr. cité, 499.

(2) Id. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Clermont-Ferrand, 1894). *Sem. méd.*, 1894, 350.

(3) Legrand du Saulle. *Les Hystériques*, ouvr. cité, 292.

(4) Pourtant l'hystérie doit, comme trouble cérébral à mécanisme particulier, retentir sur les psychoses qu'elle éveille. Mais les caractères de ces troubles mentaux n'ont pas encore été trouvés ; voilà ce qu'il faut déclarer actuellement. Cela ne préjuge rien des recherches ultérieures.

notamment par M. Roubinovitch (1) et M. Colin (2) qui l'ont parfaitement exposée dans leurs excellentes thèses.

Avant eux M. Ballet (3) avait admis que la dégérescence coexistait parfois avec l'hystérie et devait être tenue responsable des perversions morales et de certains troubles mentaux qu'on rapporte généralement à cette névrose. Allant plus loin, M. Joffroy (4), se basant sur les travaux qui montrent que les hystériques présentent le plus souvent les stigmates physiques, psychiques et familiaux donnés comme caractère de dégénérescence, admet que l'hystérie n'est, elle-même, qu'une des formes de cette dernière. La même hérédité les unit l'une et l'autre, elle est le principal facteur de toutes deux, et leurs manifestations mentales présentent un même mécanisme psychologique. Toutefois il est bon de conserver à l'hystérie son individualité et de la distinguer aussi des autres modalités dégénératives.

Cette manière de voir a pour elle une utile simplicité. Elle fait entrer les manifestations délirantes de l'hystérie dans une cause plus large, la dégénérescence mentale, qui produirait à la fois cette névrose et des états délirants variés, qui lui sont parfois associés. Si l'on admet que toutes les déviations du type organique et fonctionnel constituent un état biologique inférieur, qui paraît se transmettre par l'hérédité, alors les hystériques, aliénés ou non, si souvent fils de névropathes ou d'individus atteints de maladies générales graves, sont bien des êtres anormaux, viciés, dégénérés, si l'on veut.

C'est là une simple constatation. Dire que l'hystérie, l'aliénation mentale, les maladies diathésiques sont des états de déviation biologique, rien de plus exact. Mais ce n'est qu'une formule générale qui laisse tout entière à découvrir la pathogénie approchée des psychopathies qu'on observe dans l'hystérie comme dans d'autres conditions morbides.

(1) Roubinovitch. *Hystérie mâle et dégénérescence*, Th. Paris, 1890.

(2) Colin. *Essai sur l'état mental des hystériques*. Th. Paris, 1890.

(3) Ballet. Des rapports de l'hystérie et de la folie. *Rapport au Congrès des médec. alién. et neurolog (Session de Clermont-Ferrand)*.

(4) Joffroy. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Clermont-Ferrand), *Sem. méd.*, 1894, 349.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que les hystériques aient une susceptibilité particulière à délirer. Quelle en est la raison ? Pour répondre à cette question, il faut savoir ce qu'est l'hystérie en tant que maladie ? Il est impossible de passer en revue les principales définitions de l'hystérie (1). Rappelons seulement que l'hystérie tend, depuis l'impulsion de Charcot, à être de plus en plus considérée comme une maladie où l'imagination, la représentation des troubles morbides, jouerait le principal rôle dans ses manifestations pathologiques. On la considère comme une maladie, surtout fonctionnelle, s'accompagnant peu ou pas de troubles anatomiques du tissu nerveux. C'est, si l'on veut, et à un point de vue, une série de réactions du moral sur le physique. M. P. Janet (2) a, par ses recherches, contribué le plus a faire accepter cette conception de l'hystérie comme maladie surtout psychique.

Doit-on pour cela admettre que cette maladie mentale ne repose sur rien de physique ? Il faut, à ces troubles psychologiques, les désordres somatiques qui en sont les conditions nécessaires. A ce titre, l'hystérie pourrait être comparée, ainsi que l'a bien montré M. Féré (3), à un état de fatigue chronique, qui entretiendrait une misère psychologique continue, excellent terrain pour les hallucinations, les délires et les idées fixes, c'est-à-dire pour ce qu'on a appelé les stigmates mentaux hystériques.

Dans cette névrose, il y a un ralentissement de la nutrition (Bouchard 4). Ce trouble dystrophique serait surtout apparent durant les crises convulsives, d'après les travaux de MM. Gilles de la Tourette et Cathelineau (5). Quelle part ont ces altérations nutritives dans les délires des hystériques, c'est ce qu'il est impossible de dire aujourd'hui.

*Épilepsie.* — On sait que les comitiaux descendent souvent d'autres épileptiques, d'alcooliques, de nerveux de toutes sortes,

(1) Pierre Janet, Quelques définitions récentes de l'hystérie, *Arch. de Neur.*, 1893, XXV, 417 et XXVI, I.

(2) P. Janet. *État mental des hystériques*, 2 vol. Collection Charcot-Debove.

(3) Féré. Hystérie et fatigue, *C. R. Soc. Biol.*, 1885, 497.

(4) In Legendre. Ouvr. cité, 269.

(5) Gilles de la Tourette et Cathelineau. *Progrès médical*, 4 mai 1889.

d'aliénés, de tous les individus enfin atteints d'un vice nutritif grave. L'épilepsie est donc un stigmate de dégénérescence important. Considérée de la sorte, la prédisposition est la condition étiologique principale. Mais les autres causes provocatrices sont nombreuses. On peut signaler les intoxications (alcool [1] et plomb), les maladies infectieuses (syphilis, puerpéralité, urémie, rougeole, etc.), les troubles menstruels, les maladies viscérales diverses, les plaies des nerfs, les lésions dentaires et auriculaires, les altérations des méninges et de l'encéphale. M. P. Marie [2] pense que la plupart des épilepsies dites idiopathiques sont causées par les maladies infectieuses si fréquentes dans l'enfance et qui, produisant des altérations de l'encéphale plus ou moins visibles, provoquent et entretiennent ultérieurement la névrose convulsive. Ainsi les fièvres éruptives, les infections puerpérales et toutes les intoxications, qui éveillent si souvent des convulsions, détermineraient l'épilepsie, dont la cause serait en somme « extérieure au malade et postérieure à sa conception. »

On sait d'autre part que M. Chaslin [3] a trouvé dans les cerveaux des épileptiques essentiels des scléroses névrogliques, qu'il rapporte à une lésion d'évolution. Il est en effet habituel de rencontrer dans divers points de l'encéphale, dans les cornes d'Ammon, dans le cervelet, dans les circonvolutions de la zone motrice, dans l'insula, des plaques d'induration. De leur côté, MM. Bourneville et Brissaud [4] ont décrit une sclérose tubéreuse et hypertrophique, qui a pour résultat d'étouffer les éléments nerveux. On a encore accusé les lésions vasculaires (endartérites de la basilaire, thrombose des sinus), le ramollissement des cornes occipitales des ventricules latéraux (Zohrab). Enfin les lésions de la paralysie générale, des tumeurs et de toutes les altérations des méninges et de l'encé-

(1) Magnan. *Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales*, Genève, 1878. — J.-M. Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière, notes de cours* etc., 1889, 95 et suiv.

(2) P. Marie. Infections et épilepsies, *Sem. méd.*, 1894, 282.

(3) Chaslin. Note sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie dite essentielle, *C. R. Soc. de Biologie*, 1889, 169.

(4) Bourneville et Brissaud. Contribution à l'étude de l'idiotie. *Arch. de Neur.*, 1880, I, 69 et 391.

phale, qui provoquent souvent des convulsions épileptiformes, font naturellement partie de l'anatomie pathologique de l'épilepsie.

Au point de vue de la localisation, les convulsions n'ont pas la même signification que les paralysies (1). Elles n'indiquent pas d'une façon absolue que le centre moteur correspondant soit touché. Si les lésions *irritatives* qui l'atteignent ont souvent pour effet de provoquer des phénomènes convulsifs, les mêmes effets peuvent être produits par des altérations éloignées.

La cause prochaine, la pathogénie de l'épilepsie a donné lieu à beaucoup de discussions. Marshall-Hall en faisait une maladie bulbaire, où l'hyperexcitabilité de la moelle allongée, mise en jeu par des irritations directes ou réflexes, provoquerait des convulsions chez certains sujets. Mais cela n'expliquait pas les troubles psychiques. Aussi la théorie corticale, proposée par Jackson, paraît plus satisfaisante. C'est l'écorce cérébrale qui est excitée, soit directement (méningite, tumeurs, altérations diverses de l'encéphale), soit indirectement par réflexe parti d'un point quelconque de l'axe myélencéphalique ou des nerfs viscéraux et périphériques. Les convulsions sont ainsi produites et, dans le cas de lésions localisées, sont plus ou moins exactement en rapport avec le point irrité.

Comment faut-il comprendre l'épilepsie? Comme une maladie toujours identique à elle-même, ou comme un symptôme ressortissant à des causes variées, dont chacune imprime un cachet particulier à la névrose?

On a voulu faire, pour l'épilepsie, ce qui avait été fait par Charcot, pour l'hystérie. M. Féré surtout a été le défenseur de cette doctrine, qu'il a exposée il y a peu de temps (2). Pour lui l'éclampsie infantile, puerpérale, urémique, rubéolique ou alcoolique, les convulsions épileptiformes des lésions cérébrales ou médullaires, ne sont qu'une seule et même maladie, le *morbus sacer*, éveillé sur un terrain prédisposé par les causes les plus diverses, qui ne modifient pas suffisamment l'aspect clinique et

(1) Charcot et Pitres. Étude critique de la doctrine des localisations cérébrales motrices dans les hémisphères cérébraux de l'homme, *Revue de méd.*, 1883.

(2) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*. 1890.

la marche de la névrose pour permettre la constitution d'épilepsies différentes. Que la prédisposition domine l'étiologie du mal comitial comme de toutes les autres maladies nerveuses, c'est là une vérité très solide. Mais il n'est pas moins évident qu'elle joue un certain rôle, cette cause qui actionne la prédisposition névropathique vague, encore imprécise, et qui lui donne une forme l'épilepsie, et une épilepsie quelque peu particulière, plus ou moins généralisée, plus ou moins durable.

Par exemple, la puerpéralité provoque l'hystérie aussi bien que l'épilepsie. Mais elle détermine plus souvent le mal comitial que l'autre névrose. Et cependant elle agit sur des femmes qui sont plus sujettes à l'hystérie que les hommes. Admettons même une prédisposition égale, chez la femme, pour l'une et l'autre névrose ; si l'auto-intoxication gravidique détermine plus fréquemment l'une que l'autre, n'est-ce pas par suite de son action propre ? D'autre part, on sait que cette épilepsie disparaît le plus souvent avec la grossesse ; on sait aussi que les convulsions épileptiformes, liées à des altérations de l'encéphale, sont plus durables parce que les lésions nerveuses qu'elles accompagnent le sont aussi davantage, et qu'elles sont habituellement partielles. C'est donc, toute prédisposition égale d'ailleurs, que la marche et l'aspect clinique de l'épilepsie ont, dans ces cas, des rapports avec la nature et le mode d'action plus ou moins prolongé de l'élément provocateur. La prédisposition est, si l'on veut, la matière première de l'épilepsie. Mais les autres facteurs, et notamment certains d'entre eux, la pétrissent, lui donnent une forme et une physionomie quelque peu personnelle. Ces différences cliniques peuvent être mises au deuxième, au troisième plan si l'on veut, mais ne peuvent être rejetées. Je reviendrai là-dessus au livre suivant.

L'épilepsie retentit presque toujours sur l'état mental qu'elle modifie d'une façon plus ou moins spéciale (J. Falret, Magnan, Charcot). Comme tous les dégénérés, les épileptiques sont variables d'humeur. Les changements éclatent comme de véritables paroxysmes ; c'est même cette brusquerie qui, chez eux, serait vraiment caractéristique. L'individu passe soudainement de la gaîté à la tristesse, de la douceur à la violence, de l'amour à la haine avec une rapidité remarquable. Les idées sont en général très mobiles et

parfois, au contraire, elles s'installent comme des idées fixes. D'autres fois elles provoquent des paroles ou des actions absolument en désaccord avec les manières et la conduite habituelles. Tous ces caractères-là se retrouvent ailleurs et notamment dans l'hystérie. Toutefois il semble que dans le *morbus sacer* les transformations émotionnelles et intellectuelles se comportent comme de véritables décharges, en tous points analogues aux phénomènes convulsifs et suivies comme eux de la même dépression et parfois aussi de la même amnésie (1). Les phobies et les impulsions des épileptiques peuvent remplacer les accès convulsifs ; ainsi des peurs subites et non motivées (2).

Bien que parfois l'épilepsie laisse intactes les facultés intellectuelles, en général il n'en est pas ainsi. Et le phénomène le plus grave que cette névrose provoque est l'affaiblissement et l'anéantissement des processus psychiques. Pour le jeune enfant, c'est l'idiotie, et l'on sait que plus d'un tiers d'idiots sont épileptiques ; pour l'adulte c'est la démence (3). A ce point de vue, les vertiges sont plus dangereux que les grandes attaques convulsives, peut-être parce qu'ils se répètent plus fréquemment.

La pathogénie de cet affaiblissement permanent des processus psychiques est en partie expliquée par les phénomènes de dépression qui suivent les paroxysmes. A la longue, cet état d'hébétude, de torpeur cérébrale où l'attention est nulle et la mémoire paresseuse, devient permanente et constitue la démence. Mais il est à remarquer que celle-ci a une marche irrégulière et suit une progression en rapport avec les accès. M. Féré (4) distingue d'abord la démence par épuisement, qui suit les crises, est surtout liée à elles et s'amende quand on peut les éloigner ; ce sont les cas de ce genre où MM. Bourneville et d'Ollier (5) n'ont pas trouvé de lésion anatomique propre. Les autres démences seraient de nature dégéné-

(1) Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, 423.

(2) Id. *Ibid.*, 425.

(3) Delasiauve. *Journal de médecine mentale*, 1861, 110.

(4) Féré. *Les Épilepsies et les Épileptiques*, 1890, 231.

(5) Bourneville et d'Ollier. Contribution à l'étude de la démence épileptique. *Arch. de Neur.*, 1881, I, 213.

rative et progressive, et se trouveraient en rapport avec des lésions anatomiques du cerveau et surtout avec les scléroses. Les troubles délirants associés à l'épilepsie sont, les uns liés aux accès convulsifs, les autres plus indépendants. Les premiers peuvent précéder ou suivre et même remplacer une crise spasmodique, dont ils sont des équivalents. Mais alors il s'agit de l'*épilepsie larvée*, créée par Morel et observée par M. Magnan, M. Doutrebente, M. P. Garnier, lequel pense (Congrès de Bordeaux, 1895) que ces épilepsies *psychiques* ne sont pas plus larvées que les épilepsies *convulsives*.

Sans parler des hallucinations qui constituent parfois l'aura, et qui sont souvent à caractère terrifiant, les troubles psychopathiques consistent en des impulsions violentes, parfaitement étudiées par M. J. Falret, et se traduisant par des accès de fureur avec tendances agressives. Les malades insultent d'une façon incohérente les gens qui les entourent et se livrent à des actes de brutalité. Dans ces moments, ils sont au plus haut point dangereux, capables de commettre les crimes les plus féroces et de frapper autour d'eux aveuglément. Certains commettent des attentats à la pudeur et exhibent leurs organes génitaux (Lasègue, Vallon).

*L'automatisme comitial ambulatoire*, ainsi que l'a appelé Charcot (1), peut durer assez longtemps. Revenus à eux quelques minutes, quelques heures et même plusieurs jours après, les épileptiques, qui parfois paraissaient conscients de leurs actes, ne se rappellent rien de ce qui s'est passé. Dans le *petit mal intellectuel* de M. Falret (2), les malades ont conscience de leurs impulsions, qui n'en sont pas moins irrésistibles. D'autres fois — c'est le *grand mal intellectuel* de M. Falret — les sujets ont un accès de manie plus ou moins aigu et se manifestant par les caractères ordinaires propres à ces états

(1) J.-M. Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière, notes de cours* etc., 1889, 327. — Consulter, parmi les travaux récents, l'excellente revue critique de M. René Sémelaigne, *Ann. méd. psych.*, 1894, XIX, 71, la leçon de M. le Pr Raymond, recueillie par M. Pierre Janet, *Gaz. des Hôpit.*, 1895, 754 et 787, et enfin le tout récent rapport au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Bordeaux, 1895), de M. Parant. *Des impulsions irrésistibles des épileptiques.* — M. Pitres (Congrès des aliénistes de Bordeaux, 1895) ne croit pas encore démontrée l'existence de fugues ambulatoires dans l'épilepsie.

(2) J. Falret. *Étude clinique sur les maladies mentales et nerveuses*, 1890, 349

d'agitation. La fureur et la violence peuvent devenir extrêmes. La crise est généralement courte et s'accompagne d'une amnésie plus ou moins complète.

Enfin l'épilepsie peut s'associer avec toutes sortes de formes vésaniques, sur lesquelles elle semble n'avoir qu'une action pathogénique bien faible. Il s'agit, parfois, plutôt de coexistence morbide. Par exemple on a trouvé associée l'épilepsie avec la mélancolie, le délire de persécution (Magnan [1], Pichon [2]), la folie circulaire, les perversions génitales. Il est, dans tous ces cas, très difficile de démêler le lien qui unit la névrose à ces psychopathies variées.

*Goitre exophthalmique.* — Basedow et Trousseau avaient remarqué le changement de caractère des malades atteints de goître exophthalmique. Asssz longtemps on a considéré les troubles psychiques des basedowiens comme des symptômes cérébraux de l'affection. Dans ces derniers temps,au contraire, on a voulu voir dans ces états délirants, des associations complexes de goître exophthalmique et de diverses névroses. C'est ainsi que M. Joffroy [3] a rapporté à l'hystérie des hallucinations qui s'étaient montrées chez les sujets avant la maladie de Basedow, par laquelle elles furent réveillées plus tard. M. Ballet [4], à propos d'un autre malade, énonça une opinion analogue, tout en insistant sur la part que pouvait prendre la maladie de Basedow dans la genèse des conceptions délirantes. Le même auteur [5] a montré aussi que les symptômes de l'épilepsie pouvaient coexister avec ceux du goître exophthalmique, soit que la névrose convulsive fût simplement associée avec le goître, soit qu'elle fût sous sa dépendance. Dans tous les cas, l'épilepsie peut

(1) Magnan. De la coexistence de plusieurs délires chez le même aliéné, *Arch. de neur.*, 1880, I, 49.

(2) Pichon. *Les Maladies de l'esprit*, 1888, 118.

(3) Joffroy. Troubles psychiques et hallucinations dans la maladie de Basedow, *Soc. méd. des Hôpit.*, 11 août 1890.

(4) Ballet. Des idées de persécution dans le goître exophthalmique. *Société méd. des Hôpit.*, 29 février 1890.

(5) Ballet. De quelques troubles dépendant du système nerveux central, observés chez les malades atteints du goître exophthalmique et d'hystérie, *Rev. de méd.* 1883.

provoquer, chez un basedowien, des troubles psychiques avec ses caractères spéciaux (automatisme, amnésie).

M. Boëteau (1) a revendiqué pour la neurasthénie la production de quelques-uns des symptômes qu'on attribuait au goître exophthalmique ; M. Régis (2) a fait la même réclamation. Mais la neurasthénie n'étant elle-même qu'un symptôme pouvant survenir à certaines périodes de beaucoup de maladies générales, on ne voit pas trop quelle qualité elle a pour revendiquer quoi que ce soit en son nom propre. M. Joffroy (3) a montré que, dans la maladie de Basedow, il pouvait survenir des accès de mélancolie indépendants du goître, puisqu'ils étaient survenus avant lui. M. Séglas (4) et moi-même (5) avons rapporté des exemples de cette association morbide. Une intoxication alcoolique peut, au cours d'un goître, provoquer son délire spécial et M. Arnaud (6) a observé dans la maladie de Basedow un cas de délire chronique à évolution systématique. Un délire des grandeurs se serait aussi montré au cours d'un goître (7).

Le rôle de la prédisposition héréditaire a été mis en lumière par M. Joffroy (8), qui, dans une série de leçons remontant à 1889 et plus récemment dans la thèse d'un de ses élèves (9), a montré que la plupart des basedowiens délirants étaient des individus chargés de tares héréditaires et chez lesquels le goître n'avait été que l'occasion de troubles mentaux assez variés d'aspect et ne constituant pas une forme morbide particulière. MM. Raymond et Sérieux (10) ont sur-

(1) Boeteau. *Des troubles psychiques dans le goître exophthalmique*, Th. Paris, 1892.

(2) Régis. *Manuel de médecine mentale*, 2e édition, 1892, 496.

(3) Joffroy. Des rapports de la folie et du goître exophthalmique, *Ann. méd. psych.*, 1890, XLVIII, 467.

(4) Séglas. Maladie de Basedow et mélancolie. *Ann. méd. psych.*, 1890, juillet.

(5) In Boetau. Ouvr. cité, 78.

(6) In Boeteau. Ouvr. cité, 67.

(7) Peter. *Traité clinique et pratique des maladies du cœur*, 1883, 733.

(8) Joffroy. *Nature et traitement de la maladie de Basedow*, ouvr. cité.

(9) Raymond Martin. Ouvr. cité.

(10) Raymond et Sérieux. *Congrès annuel de médecine mentale* (Session de Blois, 1892), *C. R.*, 1893, 198.

tout mis en relief la part de la dégénérescence mentale, ordinairement héréditaire, qui serait pour eux la véritable cause des troubles délirants variés et nullement spéciaux, observés chez des basedowiens. Ils ont rappelé les faits publiés antérieurement et notamment un de M. Aug. Vigouroux (1) (délire du toucher et du doute). Ils en ont aussi rapporté de nouveaux, où ont été constatés des troubles délirants qui sont considérés, par M. Magnan, comme étant de nature dégénérative : des obsessions et des impulsions (arithmomanie, claustrophobie, impulsions à frapper, peur des couteaux, des verres, idées fixes, etc). Tous ces basedowiens appartenaient à des familles névropathiques et vésaniques et présentaient des stigmates physiques nombreux de dégénérescence. Certains de ces malades avaient eu auparavant des accès vésaniques.

Tout cela est fort juste. Les basedowiens délirants sont d'abord et avant tout des psychopathes, des prédisposés héréditaires, présentant des anomalies physiques, intellectuelles, morales et du caractère, plus ou moins nombreuses. Leurs troubles mentaux ont donc des causes éloignées ; mais est-il vrai qu'ils n'en ont pas d'autres plus rapprochées de nous, plus saisissables ? Il faut reconnaître avec M. Jacquin (2), en y apportant toutefois la restriction précédente, que les troubles de la nutrition observés dans le goître mettent la cellule nerveuse dans un état singulièrement apte à fabriquer un délire. M. Joffroy (3) a précisé davantage la question en disant que « la maladie de Basedow est à la lésion de la glande thyroïde ce que l'albuminurie est au rein ». Cette opinion, qui a été soutenue, d'une manière plus ou moins analogue, en Allemagne, par Möbius, et en France, par M. Renaut, a été, chez nous, surtout exposée par M. Joffroy et par son élève M. Achard (4) qui lui a apporté des arguments anatomo-pathologiques. Pour ce professeur, la lésion

(1) A. Vigouroux. *Gazette des Hôpitaux*, 1er décembre 1891.

(2) Jacquin. Th. Montpellier, 1891.

(3) Joffroy. Goître et grossesse, *Union Médicale*, 18 mai 1892.

(4) Joffroy. *Progrès Médical*, décembre 1892. — Joffroy et Achard. Anatomie pathologique de la maladie de Basedow, *Arch. de méd. expérim.*, nov. 1893. — Voir l'intéressant rapport au Congrès des aliénistes et neurologistes (1895) de M. Brissaud. *Corps thyroïde et maladie de Basedow* et la discussion de MM. Renaut, Joffroy, Gley, Ballet, J. Voisin, Babinski, etc.

de la glande thyroïde troublée dans son fonctionnement, voilà le fait capital. On sait depuis quelques temps que les fonctions de cet organe sont très importantes, quoique encore peu connues. L'absence congénitale ou opératoire du corps thyroïde détermine une déchéance physique et psychique profondes. Il semble que son fonctionnement exagéré ait aussi des effets pernicieux (P. Marie).

Même en admettant que les symptômes du goître indiquent une réaction bulbaire, il faut reconnaître qu'ils s'accompagnent ordinairement de troubles nutritifs profonds, consécutifs à l'altération thyroïdienne (Joffroy). C'est à eux qu'il faut, dans le plus grand nombre des cas, rapporter la production immédiate de certains troubles psychiques, tels que les hallucinations et l'irritabilité ; et c'est à eux aussi qu'il faut ramener la production de psychoses plus ou moins systématisées, plus ou moins dégénératives. Le basedowien est un prédisposé, un dégénéré ; c'est entendu. Mais pour qu'il ait des hallucinations et qu'il délire, il faut quelque chose de plus, ce quelque chose qu'ajoutent les altérations de la glande thyroïde et les perversions de la nutrition, dont les rapports intimes avec les troubles délirants commencent à être étudiés, ainsi que je le demandais dans une de mes revues (1), où j'émettais l'idée de rechercher la pathogénie des délires basedowiens en partie dans les lésions thyroïdiennes. L'alcool, dont tout le monde admet l'autonomie étiologique, n'agit pas autrement.

*Paralysie agitante.* — La plupart des auteurs, qui se sont occupés de l'état mental des individus atteints de paralysie agitante, ont surtout décrit les phénomènes de démence terminale (2), caractérisée par un affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. Ils ont aussi insisté sur l'embarras de la parole, phénomène qui surviendrait à la longue.

Mais certains observateurs, par exemple M. Grasset (3), remar-

(1) Ed. Toulouse. Les rapports du goître exophthalmique et de l'aliénation mentale, *Gaz. des Hôpit.*, 1892, 1405.

(2) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1862, II, 179. — Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses*, 2e édition, 1883, 693. — Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 2e édition, 1875, I, 179.

(3) Grasset. *Maladies du système nerveux*, 1879, II, 512.

quèrent que certains troubles délirants, l'hypochondrie, la mélancolie, pouvaient apparaître à la fin de la maladie de Parkinson. Ball (1) rapporta plus tard des cas de véritable aliénation mentale, avec hallucinations, impulsions au suicide, idées mélancoliques ou agitation maniaque. M. Parant (2) a, dans un de ses mémoires, relaté l'observation d'un malade sans tare héréditaire, qui présentait, en même temps que, des signes d'affaiblissement intellectuel, des idées de persécution avec hallucinations et conceptions délirantes sur sa personnalité physique. La lecture de toutes ces observations montre qu'il n'y a rien de spécial dans les troubles psychiques des Parkinsoniens. Il semblerait cependant que les hallucinations y soient communes et que les désordres mentaux s'y rapprochent des accès délirants, que présentent les malades atteints de lésions organiques de l'encéphale.

Ball (3), ayant observé plusieurs des troubles psychiques divers (hallucinations, impulsions au suicide, mélancolie, affaiblissement intellectuel), qui surviennent au cours de la paralysie agitante et parfois semblent avoir une marche parallèle avec celle des symptômes physiques, en concluait qu'il y avait un rapport plus étroit qu'on ne l'avait pensé jusqu'alors entre ces deux ordres de manifestations morbides. Il croyait aussi que les formes vésaniques les plus fréquemment observées étaient la lypémanie avec impulsions au suicide et hallucinations.

La démence assez fréquente (4)dans la paralysie agitante et aussi les altérations du tissu nerveux, communes dans cette maladie, paraissent indiquer que souvent les troubles mentaux sont le résultat de ces dernières. La prédisposition vésanique des Parkinsoniens délirants n'a pas encore été étudiée attentivement.

(1) Ball. De l'insanité dans la paralysie agitante, *Encéphale*, 25 mars 1882.

(2) Parant. La paralysie agitante examinée comme cause de folie, *Ann. méd psych.*, 1883, X, 51 et suiv.

(3) Ball. De l'insanité dans la paralysie agitante, *L'Encéphale*, 1882, 22.

(4) Cette démence ne serait souvent qu'apparente et cet état pseudo-démentiel serait en rapport avec la condition du cerveau, *figé* comme les muscles (Brissaud). *Leçons sur les maladies nerveuses*, recueillies et publiées par Henry Meige, 1895, 489.

La *chorée* de Sydenham et la chorée chronique de Huntington sont probablement la même maladie ; c'était l'opinion de Charcot, qui a été développée par M. Huet (1). Elle serait une névrose d'évolution (Joffroy). Toutes les deux peuvent s'accompagner de troubles mentaux, qui ont été observés et décrits depuis longtemps, notamment par Marcé (2), et récemment par M. Breton (3), qui expose les idées de M. Joffroy (4).

On a décrit un état mental choréique, qui se manifeste par des changements d'humeur, une émotivité exagérée, des perversions affectives, et par certains désordres intellectuels, dont les principaux sont: les difficultés de l'attention et des lacunes dans la mémoire. Ils se rapprochent de tous ceux qu'on a rattachés aux autres névroses. Des troubles mentaux plus graves s'observent aussi dans la chorée. On a surtout cité les hallucinations qui atteignent principalement la vue, comme dans l'hystérie, et surviennent dans la période d'assoupissement qui précède le sommeil (5) ; elles peuvent dominer la scène clinique et avoir un caractère terrifiant (A. Voisin). Des vésanies diverses, l'excitation maniaque, des états mélancoliques avec impulsions au suicide, ont été aussi observés. Dans la chorée aiguë, un délire aigu aussi et fébrile survient parfois (6). Dans certains cas, les troubles mentaux paraissent entretenus par la chorée et ne lui survivent pas. Mais d'autres fois ils persistent ; et dans la chorée chronique, la démence peut survenir à la longue (7). Enfin on observe parfois un affaiblissement intellectuel passager avec une sorte d'aphasie (Charcot).

La prédisposition est certainement un facteur important (Seglas et A. Voisin 8). D'après M. Joffroy la peur, les émotions, les troubles menstruels, la puberté, le rhumatisme ne font que provo-

(1) Huet. *De la chorée chronique*, Th. Paris, 1889.

(2) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, 576 et suiv.

(3) Breton. *État mental dans la chorée*, Th. Paris, 1890.

(4) Joffroy. De la folie choréique, *Sem. méd.*, 1893, 89.

(5) Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, 584.

(6) Id. *Ibid.*, 588.

(7) Huet. Ouvr. cité, 39, 176, et 181.

(8) A. Voisin et A. Marie. Délire et chorée, *Ann. méd. psych.*, 1890, XII. 70.

quer la chorée, et lorsque cette dernière est accompagnée de troubles mentaux, c'est que la dégénérescence de l'appareil psychique coexiste avec celle de l'appareil nerveux moteur (Joffroy). L'infection ne serait peut-être pas non plus étrangère à la pathogénie des désordres cérébraux. Möbius (1), se basant sur l'évolution de la chorée et sur certaines de ses lésions (endocardite, arthrite, néphrite), a même soutenu que c'était une maladie infectieuse.

Des troubles mentaux ont été observés au cours de toutes les autres névroses, de l'*asthme* par exemple, qui, disait Guislain (2) il y a longtemps, peut alterner avec l'aliénation ; de la *sclérodermie*, maladie générale, dystrophique, probablement d'origine nerveuse ; et généralement de toutes les maladies que nous avons rencontrées parmi les ascendants des aliénés, et de celles qui, comme les *tics* (Charcot), la *migraine ophtalmique*, etc., peuvent être considérées comme des signes de la dégénérescence.

La *neurasthénie*, cette névrose vague, qui est une fatigue chronique pouvant être créée par toutes les causes d'épuisement, est un terrain très propice à l'évolution des troubles mentaux (3), qui tous surviennent volontiers chez les malades de ce genre. Il est à remarquer que la plupart des auteurs (4) admettent que la neurasthénie, qui peut être héréditaire, est souvent acquise. Elle créérait donc, de toutes pièces et sans prédisposition spéciale, une aptitude morbide aux troubles mentaux.

7. Maladies des organes sensoriels. — Les lésions des organes des sens ou des nerfs sensoriels ont souvent été citées comme pouvant provoquer et entretenir des hallucinations et consécutivement des délires (5). On sait que les *aveugles* ont des hallucinations de la vue (6). Celles-ci surviennent surtout pendant le travail irritatif

(1) Möbius. In *Ann. méd. psych.*, 1893, XVIII, 499.

(2) Guislain. *Leçons orales*, I, 428.

(3) Boissier. Th. Paris, 1894.

(4) Mathieu. *La neurasthénie*, Collection Charcot-Debove.

(5) A. Voisin. *Leçons cliniques*, ouvr. cité, 139 et suiv.

(6) Baillarger. *Ann. méd. psych.*, 1881, V, 67.

du nerf optique qui détermine l'abolition des fonctions visuelles. C'est ainsi que l'on explique les hallucinations des tabétiques.

Un malade de M. Christian (1), non héréditaire, avait eu pendant 5 ans des hallucinations de la vue, exclusivement nocturnes, en même temps que sa vision s'affaiblissait. L'autopsie montra une tumeur de la glande pituitaire qui comprimait les nerfs optiques. M. Joffroy (2) a dit avoir observé aussi des hallucinations en rapport avec des lésions intra-oculaires. L'atrophie des nerfs optiques a causé des symptômes analogues (Chaumier 3).

Mais d'autres lésions oculaires peuvent déterminer le même phénomène, et notamment la cataracte ; dans ces cas l'extraction du cristallin a amené parfois la guérison des hallucinations et consécutivement du délire associé (4).

M. A. Voisin (5) a examiné, avec M. Galezowski, 28 individus atteints d'hallucinations primitives de la vue ; sur ce nombre 2 présentaient des altérations glaucomateuses et 18 la cataracte. Cet auteur avait remarqué que les phénomènes hallucinatoires disparaissaient dans l'obscurité et lorsque la cécité devenait complète.

M. Royet (6), qui a aussi examiné les yeux de 600 aliénés, a observé plusieurs cas où des lésions oculaires (glaucome, énucléation de l'œil), ont paru provoquer des hallucinations et consécutivement des délires. Il semblerait que, lors même que l'altération oculaire ne serait pas la cause des troubles psychiques, elle pourrait éveiller des désordres sensoriels, qui s'y surajouteraient.

Les rapports qui unissent certaines affections de l'*oreille* avec des troubles psychiques sont tout aussi évidents. Griesinger (7) disait que les maladies de l'oreille (otite interne, carie du

(1) Christian. *Ann. méd. psych.*, 1892, XVI, 114.

(2) Joffroy. *Ann. méd. psych.*, 1892, XVI, 118.

(3) Chaumier. *Congrès des médec. alién.* (Session de Lyon, 1891). *C. R.*, 1892, 349.

(4) A. Voisin. *Ann. méd. psych.*, 1869, II, 433.

(5) Id. *Leçons cliniques*, ouvr. cité, 142 et suiv.

(6) Royet. *Congrès des médecins aliénistes* (Session de Lyon, 1891), *C. R*, 1892, 379 et suiv.

(7) Griesinger. Ouvr. cité, 213.

rocher, etc.), pouvaient provoquer l'aliénation mentale. Il avait observé des accès de manie qui s'étaient développés à la suite d'un écoulement purulent de l'oreille et avaient cessé ou s'étaient amendés au moment de son retour. Dans ces cas, il s'agissait d'une véritable alternance ; il semble que l'écoulement était un dérivatif. D'autres formes vésaniques, la paralysie générale elle-même, ont quelquefois été améliorées de la sorte. Dans certains faits, au contraire, un abcès de l'oreille (1) provoqua les désordres psychiques, qui disparurent avec lui. L'abus des fonctions auditives pourraient aussi entretenir des troubles sensoriels. Ainsi des employées de téléphone seraient sujettes à des sensations subjectives morbides plus ou moins tenaces. Le traitement de la lésion locale aurait parfois, dans tous les cas, de bons résultats; c'est ainsi que les insufflations d'air dans la trompe d'Eustache ont pu faire cesser un état mélancolique avec hallucinations (Boucheron).

La prédisposition a été signalée par M. Ballet (2). M. le Pr Joffroy (3) a fait la même remarque : pour lui la lésion de l'oreille ne joue qu'un rôle secondaire, et ce n'est pas son extension qui est le facteur essentiel du phénomène hallucinatoire. Quand l'ouïe est en cause par exemple, ce sont les sensations morbides produites, les bourdonnements, qui sont la matière qu'un cerveau prédisposé transforme en hallucinations. D'autre part, on a recherché la fréquence des troubles auditifs et leurs effets chez les aliénés. Lannois a examiné 45 malades du service de M Pierret, à Lyon, et a trouvé 19 sourds dont 15 hallucinés ; des 26 autres, 14 étaient hallucinés avec des lésions organiques et les 12 restants sans lésions perceptibles (4). Cette proportion paraît bien élevée.

L'influence des lésions des autres sens sur les désordres psychiques est moins connue. Il faut dire qu'on sait peu la pathologie de l'odorat, du goût et de l'olfaction. Quant à la sensibilité générale, elle est souvent lésée dans l'aliénation mentale, offrant ainsi une base aux illusions et aux conceptions délirantes des malades.

(1) Rhys-William, *The Lancet*, 1877, 60.

(2) Ballet. *Ann. méd. psych.*, 1888, VII, 139.

(3) Joffroy. Maladies de l'oreille et hallucinations. *leçon faite à l'asile Ste-Anne le 30 janvier 1895.*

(4) *Ann. méd. psych.*, 1893, XVIII, 136 et suiv.

On a cherché dans des lésions de la cénesthésie la pathogénie de certaines idées délirantes, par exemple de négation (1).

On ne peut nier le rôle joué par les diverses lésions de l'appareil sensoriel dans la production des troubles mentaux et des hallucinations. La prédisposition a été mise quelquefois en lumière ; et on peut même lui accorder un rôle encore plus étendu que les observations ne semblent lui accorder actuellement. Il n'en reste pas moins que la lésion du sens agit puissamment pour l'éveiller. Quel est son mode d'action ? On sait que l'hallucination est probablement provoquée par l'excitation du centre sensoriel cortical correspondant, dont les images sont alors objectivées, extériorisées (Tamburini [2]). Les lésions d'un appareil sensoriel n'auraient donc d'autre effet que d'irriter, par l'intermédiaire des cordons nerveux, le centre auquel ils aboutissent. Donc, que l'écorce cérébrale, le nerf ou l'organe sensoriel terminal soient lésés, l'irritation directe ou indirecte a toujours pour effet de provoquer, chez certains sujets, des hallucinations. Ce qui prouve bien que cette altération nerveuse a une influence non point toujours vague, mais quelquefois précise, c'est la fréquence des lésions sensorielles ou cérébrales dans les hallucinations unilatérales.

J'ai fait, de cette question, une revue générale (3) entreprise à propos d'un cas intéressant (4), et à laquelle je renvoie. Dans 11 cas, il y avait une lésion de l'appareil sensoriel expliquant les troubles hallucinatoires selon la théorie qu'a proposée M. Régis (5) : écoulement de l'oreille et otite (Baillarger, Ball), corps étranger de l'oreille, choroïdite (Raggi), amblyopie (Pick), altération de la papille (Régis). Trois fois, il y avait eu guérison et une fois amélio-

(1) Séglas. Séméiologie et pathogénie des idées de négation, *Ann. méd. psych.*, 1889. Id. *Le Délire des négations*, 1894. — Ed. Toulouse. Le Délire des négations, *Gaz. des Hôpit.*, 1893, 307.

(2) Tamburini. La théorie du siège des hallucinations. *Rev. scientif.*, 29 janv. 1881.

(3) Ed. Toulouse. Les Hallucinations unilatérales, Revue générale, *Gaz. des Hôpit.*, 1892, 609.

(4) Ed. Toulouse. Hallucinations unilatérales chez une femme ayant une lésion circonscrite du cerveau, *Gaz. des Hôpit.*, 1892, 594.

(5) Régis. Des Hallucinations unilatérales, *Encéphale*, 1881.

ration des hallucinations, sous l'influence du traitement local. Mais, dans 6 autres cas, les hallucinations coïncidaient avec des hémiplégies plus ou moins complètes et des attaques épileptiformes ou congestives, et je me suis demandé si elles ne pouvaient pas être légitimement rapportées à une lésion cérébrale. Dans un de ces cas, (Tomaschewsky), l'autopsie fut pratiquée et permit de constater une lésion du pli courbe droit, alors que l'œil gauche avait été halluciné. D'autre part, si on rapproche ces faits de toutes les observations publiées d'auras épileptiques, qui s'accompagnaient de phénomènes hallucinatoires du côté affecté par les convulsions ou par les troubles sensoriels, et de celles (Pick [3]) où des hallucinations unilatérales droites de l'ouïe ont suivi des attaques épileptiformes associées à de l'aphasie motrice et de la surdité verbale, ainsi qu'à de l'hémiparésie, de l'hémianesthésie et de l'hémianopsie droites, il semble qu'il est légitime d'admettre que dans la genèse des hallucinations unilatérales, les lésions cérébrales peuvent jouer le même rôle pathogénique que celui accordé aux lésions sensorielles.

M. Joffroy (1) a, dans une leçon récente sur cette question, accepté cette division des faits en hallucinations d'origine périphérique et d'origine centrale. Il n'accorde à l'une et à l'autre classe des lésions que la qualité de facteur secondaire. C'est toujours le sujet, prédisposé par ses tares héréditaires et souvent encore par des excès d'alcool qui mettent son cerveau en état de moindre résistance aux excitations sensorielles morbides ; c'est le sujet donc qui crée l'hallucination en interprétant les sensations morbides qu'il ressent. M. Joffroy propose de ramener les deux groupes de faits à une même interprétation pathogénique. Dans tous les cas, le malade interprète des sensations subjectives morbides et les transforme en hallucinations. Lorsque l'organe sensoriel est atteint, la chose n'est pas douteuse, et l'on connaît les bourdonnements et les bruits divers des altérations labyrinthiques. Quand il s'agit de lésions cérébrales, on peut penser que le plus souvent il se produit, par suite de l'excitation du centre cortical, des sensations subjectives

(1) Joffroy. *Des Hallucinations unilatérales*, leçon faite à l'asile Sainte-Anne (déc. 1894). — Wormser. *Les Hallucinations unilatérales*, th. Paris, 1895.

analogues qui sont rapportées à la périphérie et sur lesquelles le sujet trame ses hallucinations.

8. Maladies des nerfs. — Mais les nerfs sensoriels ne sont pas les seuls qu'on ait accusés de pouvoir provoquer, quand ils sont malades, l'aliénation. Morel (1) raconte que Brodie avait observé des crampes du sterno-cléïdo-mastoïdien alternant avec un état mélancolique, et que Griesinger avait noté le même phénomène entre l'aliénation et les névralgies spinales. Guislain (2) aussi avait remarqué que la cessation des névralgies faciales était capable d'éveiller la folie.

M. Korsakoff (3) a appelé l'attention sur les troubles mentaux qui accompagnent les névrites multiples, que l'on observe dans certaines intoxications (alcoolisme, saturnisme), dans des maladies infectieuses (typhus, maladies puerpérales, tuberculose), dans certaines maladies chroniques (cancer, diabète, ictère). Ces troubles mentaux seraient des plus variables, mais les altérations de la mémoire et une certaine faiblesse intellectuelle seraient à peu près de règle. Les perversions psychiques seraient accompagnées des désordres physiques (paralysie, contracture, atrophie musculaire, altérations de la sensibilité) en rapport avec les névrites. La cause de ces accidents mentaux et somatiques devrait être cherchée dans les agents toxiques. Mais alors on ne voit pas le rapport qui unit la névrite elle-même aux désordres intellectuels. Si les symptômes physiques et psychiques ressortissent tous deux à la même étiologie, il est inutile de rapporter dans la terminologie les uns aux autres. La psychose polynévritique ne serait en fin de compte qu'une psychose infectieuse, comme l'a bien dit récemment M. Régis (4).

Cependant ces troubles vésaniques ont été étudiés et décrits par

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 127.

(2) Guislain. Ouvr. cité, 428.

(3) Korsakoff. Sur une forme de maladie mentale combinée avec la neurite multiple dégénérative, *Congrès Intern. de méd. ment.* (Session de Paris, 1889), *C. R.*, 1890, 75 et suiv.

(4) Régis. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Clermont-Ferrand, 1894), *Semaine médicale*, 1894, 361.

d'autres auteurs, par Borschoff (1), James Ross (2), et dernièrement par Haury (3).

Enfin M. Klippel (4) a récemment étudié des cas de troubles psychiques particuliers, liés aux lésions des nerfs périphériques et auxquels il a accolé le nom de pseudo-paralysies générales névritiques. Dans l'étiologie des sujets, l'alcoolisme et la tuberculose paraissent être les deux facteurs principaux. A l'autopsie des malades on ne trouve pas d'érosion à la surface du cerveau ; mais le trait dominant, c'est la diffusion des lésions des nerfs. Parmi les différences cliniques, il faudrait noter la lenteur de la marche de la maladie, les rémissions et les apparences de guérison.

(1) Borschoff. *Bull. Soc. méd. ment. Belg.*, 1890.

(2) James Ross. On the psychical disorders of peripheral neuritis, *The Journ. of ment. Sci.*, 1890, XXXVI, 159.

(3) Haury. *Psychoses poly-névritiques*, Th. Lyon, 1893-94.

(4) Klippel. Des pseudo-paralysies générales névritiques. *Gazette Hebdomadaire*, 1893, 51.

# LIVRE III

## PRÉDISPOSITION ET CAUSES DIRECTES

## PRÉDISPOSITION ET CAUSES DIRECTES

Il est temps maintenant d'envisager dans une vue d'ensemble l'action respective de chacune de ces deux forces psychopathiques, la *prédisposition vésanique* et les *causes directes*, que certains aliénistes appellent *causes occasionnelles* pour bien indiquer leur rôle secondaire.

Cette question est une de celles que l'on tente de résoudre tous les jours et qui est sans cesse, et actuellement encore plus que jamais, d'une actualité pressante. A chaque congrès d'aliénistes, presque à chacune des séances des sociétés de psychiâtrie, on entend lire des communications où le rôle de la cause supposée est diversement interprété. Les uns pensent que l'hérédité, la prédisposition vésanique sont les facteurs principaux des troubles mentaux ; d'autres attribuent aux causes dites occasionnelles, et notamment aux phénomènes infectieux et auto-infectieux, une importance étiologique plus ou moins grande.

On entend souvent formuler des opinions absolues et des contradictions aussi catégoriques qui, les unes et les autres, demanderaient à être appuyées de raisonnements et de faits plus convaincants. A maintes reprises, la Société médico-psychologique s'est occupée de ces questions. A propos de la folie héréditaire (1), par exemple, on a surtout recherché à mettre en lumière ou à nier le rôle spécial de l'hérédité considérée comme cause efficiente d'un groupe de phénomènes psychopathiques ; mais on a délaissé, ou à peu près, l'étude de l'hérédité comme facteur prédisposant de

(1) *Ann. méd. psychol.*, 1885, 1886, 1887.

toutes les maladies mentales. Dans une communication récente (1), j'ai essayé de montrer les difficultés du problème.

Dans ces derniers temps, divers travaux ont, comme on l'a vu dans les premiers chapitres de ce livre, transformé la conception de l'hérédité morbide, qui ne paraît plus un fait aussi simple qu'on l'admettait jadis. La dégénérescence est aussi une de ces questions continuellement agitées et qu'il est difficile de résoudre d'une manière qui ne mécontente pas à peu près tout le monde. Mais ce qui, depuis la célèbre et bien vieille discussion sur la folie sympathique (2) n'a pas été l'objet d'un examen approfondi de la Société médico-psychologique, c'est la part qui doit revenir légitimement, dans l'étiologie des psychoses, aux causes dites occasionnelles, par exemple à l'infection, dont certains travaux ont montré récemment et peut-être exagéré l'action.

Et ce n'est point là un ensemble de questions purement théoriques : elles sont, au contraire, au plus haut point pratiques. Et d'abord parce qu'il est très important de connaître quels sont les facteurs immédiats de certains troubles délirants ; car il est clair que la thérapeutique en pathologie ne peut découler que de découvertes étiologiques. Et aussi parce qu'il n'est pas indifférent que l'on adopte, au sujet de la conception des causes de la folie, telle ou telle opinion ; il en est qui, par leur sorte de fatalisme, ne peuvent avoir pour résultat que de paralyser, en les déconsidérant, certaines recherches de la plus grande utilité.

En premier lieu, il faut se demander ce qu'est la prédisposition vésanique. Il faut convenir qu'elle semble dominer toute l'étiologie des psychoses, comme aussi des névroses. Cette notion reste acquise grâce aux efforts de Morel et de Charcot ; et la plupart des aliénistes sont d'accord là-dessus. Mais jusqu'à quel point cette notion explique-t-elle les phénomènes ? Dire qu'un individu est devenu aliéné parce qu'il était prédisposé à le devenir, c'est énoncer une proposition vraie, mais qui n'est, en somme, que le premier degré

(1) Ed. Toulouse. De la valeur respective de la prédisposition et des causes dites occasionnelles dans les maladies mentales, *Ann. méd. psych.*, 1895. — *Gaz. des Hôpit.*, 1895, 703.

(2) *Ann. méd. psych.*, 1857.

d'une explication. Car cette prédisposition, on la rencontre partout en pathologie. Il est évident que la constitution physiologique ou anormale de certains organes offre aux maladies des conditions plus ou moins favorables. Cela est vrai pour les poumons, préparés par la misère physiologique à l'évolution des tubercules, comme aussi pour les os qui, dans une chute, auront de la tendance à se fracturer, alors que les muscles, d'une structure différente, seront exceptionnellement frappés par cet accident.

Le roseau plie et ne rompt pas,

disait Lafontaine. Le muscle non plus — en général. Mais cette prédisposition n'existe-t-elle pas dans le monde inorganique? Je fais tomber un encrier. S'il se casse, c'est qu'étant de verre, il était prédisposé à se briser; s'il avait été en fer, l'encrier se serait seulement déformé.

Envisagée ainsi, l'action de la prédisposition ne peut être niée; c'est une condition nécessaire, mais aussi commune, de tous les faits pathologiques, et l'on pourrait dire de tous les phénomènes naturels. Il est vrai que l'on cherche à déterminer ce qui, en aliénation mentale, caractérise cette prédisposition. Or, s'il est relativement facile d'expliquer pourquoi, sous l'action d'un traumatisme, un os se brisera plus facilement qu'un muscle, il est autrement plus ardu de donner des raisons aussi probantes de la prédisposition vésanique. On la déclare héréditaire, congénitale ou acquise. On pense que toutes les maladies plus ou moins graves peuvent, en perturbant les processus de nutrition de l'individu, le rendre apte à délirer. Admettre tant de causes, c'est se tenir dans des généralités encore bien vagues.

On paraît serrer la question de plus près en mettant principalement en cause l'hérédité morbide, qui, pour la plupart des médecins, représente le plus ordinairement la véritable prédisposition vésanique. Or les faits d'hérédité morbide, ainsi que je l'ai fait ressortir plus haut, sont d'une interprétation assez obscure. Tantôt la mère transmet à l'embryon une maladie infectieuse, comme la variole ou la syphilis, et il ne s'agit que de contagion fœtale; tantôt, gravement atteinte dans sa nutrition géné-

rale (1), tuberculeuse par exemple, elle enfante un produit débile, qui est une proie facile pour les germes morbides et surtout pour le bacille auquel il a échappé durant son développement embryogénique. D'autres fois enfin, c'est le générateur qui, intoxiqué ou se trouvant en puissance d'une diathèse dont l'action morbide retentit sur toutes ses cellules et par elles sur le rejeton futur, procrée un produit qui peut présenter des tares plus ou moins analogues aux siennes. La congénitalité joue donc un très grand rôle dans l'hérédité morbide ; aussi est-ce avec raison que certains aliénistes, M. Bouchereau (2) notamment, ont insisté pour qu'on lui fasse une place importante dans l'étiologie de la dégénérescence.

Mais dans tous ces cas, en quoi les enfants de sujets tarés ressemblent-ils à leurs parents ; en quoi sont-ils proprement des héréditaires ? Les fils d'ataxiques ne reçoivent pas le germe du tabes, ni les enfants de goutteux celui de la podagre, ni les rejetons de persécutés, celui du délire systématisé. Le tabétique engendrera des aliénés, et ces derniers peuvent tout aussi bien être des fils d'arthritiques. Souvent même les enfants seront frustrés, sans songer à se plaindre, de leur part d'héritage morbide. C'est que, dans les mystères de la génération, les influences atavistiques, qui assurent l'identité de l'espèce, sont bien souvent les plus puissantes , les caractères ne sont, en

(1) M. le Pr Joffroy racontait à une de ses leçons (29 mai 1895) une histoire bien propre à faire comprendre l'action de certaines influences tératogéniques chez les femmes enceintes. Il s'agissait d'une dame parfaitement saine qui eut de son mari, aussi bien constitué qu'elle-même, cinq enfants, qui tous se développèrent bien, sauf un. Celui-ci n'était ni l'aîné, ni le plus jeune ; avant et après lui ses frères et sœurs vinrent au monde avec tous les signes d'une organisation normale. Et pourtant cet enfant était idiot. Comment donc expliquer la naissance de ce dégénéré ? Hé bien ! Le problème était facile à résoudre. Pendant que sa mère portait cet enfant, elle soigna avec une grande dépense de forces physiques et dans les plus grandes appréhensions morales, son propre père, un cardiaque, qui fut un jour atteint d'un *ictus*. Ce dernier se remettait peu à peu lorsque, un soir, attiré dans un guet-apens, il fut à moitié assommé sous les yeux de sa fille. Ces émotions successives, greffées sur un surmenage physique prolongé, avaient certainement troublé la nutrition normale de l'enfant que cette femme portait et qui s'était ainsi mal développé durant sa vie intra-utérine.

(2) Bouchereau. *Ann. méd. psych.*, 1886, IV, 97.

somme, guère plus facilement transmissibles en pathologie qu'en biologie.

Habituellement donc, l'état morbide ne se lègue pas dans sa forme. Et lorsque les fils de tuberculeux le deviennent aussi, et que certains enfants de mélancoliques ou d'hystériques et même d'épileptiques ont, comme leurs ascendants, des accès lypémaniaques ou convulsifs, on peut se demander jusqu'à quel point la contagion physique et morale intervient pour provoquer des formes pathologiques semblables chez des individus semblablement faibles aux excitations pathologiques. Il n'est pas interdit de penser que les individus nés de sujets tarés peuvent présenter parfois une certaine susceptibilité spécialisée — et ce serait là véritablement de l'hérédité morbide — qui les rendrait aptes à manifester un jour la même maladie. Mais d'ordinaire, les cas dits héréditaires sont dissemblables. Les cellules génératives ou l'embryon lui-même ont été frappés dans leur développement normal par les empoisonnements et les troubles dystrophiques qui ont atteint primitivement les générateurs.

Tous ces êtres nouveaux sont déviés des traditions biologiques de leur race. Leur capacité vitale est diminuée ; leurs organes n'ont pas atteint leur parfait développement structural ; leurs fonctions s'accomplissent mal et avec des hésitations et des erreurs physiologiques. Chez quelques-uns, c'est le système nerveux qui paraît avoir été plus particulièrement lésé ; chez d'autres, c'est le poumon, les artères, le cœur. Ils sont, en naissant, des victimes vouées à la folie, à la névropathie ou à d'autres maladies viscérales (1). C'est en cela qu'ils se ressemblent et qu'ils peuvent former des familles morbides (Charcot 2), névropathiques ou diathésiques, les unes et les autres tendant à se confondre plutôt qu'à se séparer. Ce qui les unit, c'est d'être différents de leurs ancêtres normaux, ainsi que l'avait fait remarquer Morel (3), c'est

(1) Joffroy. La folie choréique, *Sem. méd.*, 1893, 91.

(2) J.-M. Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887, 4.

(3) Morel. De l'hérédité morbide progressive ou des types dissemblables dans les familles, *Arch. génér. de méd.*, 1867, IX, 385 et 564.

de constituer des individus inachevés ou mal achevés, des sujets *dégénérés* si l'on veut. M. Féré (1) a dit avec raison que le caractère principal de l'hérédité morbide était la dissolution de l'hérédité atavistique normale, c'est-à-dire était un caractère négatif. Les sujets qu'elle paraît frapper se ressemblent entre eux plus qu'à leurs ancêtres, et en même temps sont différents des gens sains.

Cependant, bien que l'hérédité morbide n'existe pas, au sens défini du mot, il n'en est pas moins vrai que les êtres, nés d'individus délabrés par un des grands processus pathologiques, sont destinés, quelle qu'en soit la raison, à fournir la grande armée des névropathes et des diathésiques. Appelons-les des dégénérés, puisqu'ils le sont en somme. Mais n'attachons pas à ce mot une signification restreinte. La dégénérescence est l'ensemble des tares biologiques, qui diminuent la vitalité des individus ainsi que leur adaptabilité au milieu, et tendent finalement à empêcher leur reproduction par les troubles apportés à l'hérédité normale. On a vu qu'elle ne se transmettait pas réellement, et l'on peut dire qu'elle est en général acquise par le germe futur, l'embryon ou encore l'être formé ou vivant; car l'enfant et l'adulte sont capables de dévier, sous certains processus de débilitation, du type normal, que leur influences ancestrales les poussent à imiter. Un des caractères de cet état biologique morbide, c'est que les individus chez lesquels on le constate, paraissent plus aptes que les autres à être envahis par des névropathies ou des psychoses.

Morel (2) et M. Magnan (3) ont émis une hypothèse, d'après laquelle les tares héréditaires produiraient, lorsqu'elles sont accumulées, une aptitude particulière à délirer d'une certaine façon. D'après cette doctrine, que M. Magnan a faite sienne par l'abondance et la valeur de ses recherches, l'hérédité renforcée et encore certains troubles congénitaux ou survenus ultérieurement à la naissance de l'indi-

(1) Féré. *La famille névropathique*, 1894.

(2) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 513 et suiv.

(3) Magnan. *Ann. méd. psych.*, 1886, III, 91 et suiv. — Magnan et Legrain. *Les Dégénérés*, Collection Charcot-Debove.

vidu, détermineraient un état de dégénérescence, reconnaissable à des stigmates physiques et psychiques, et aussi à des formes vésaniques spéciales (délire d'emblée, polymorphe et court ; obsessions et impulsions avec conscience).

L'idée que des cerveaux malformés doivent réagir d'une façon différente et personnelle aux excitations psychopathiques est juste ; mais, en pratique, combien le problème devient ardu, quand il s'agit de légitimer la réunion de ces types cliniques divers. Doit-on se baser sur la présence, chez les sujets, de tares héréditaires ? Mais parfois on ne les trouve pas, comme dans l'histoire de ceux qui, selon l'expression pittoresque de Lasègue « héritent d'eux-mêmes » — tels les individus déséquilibrés par un traumatisme, une intoxication, une maladie infectieuse ; et d'autres fois, au contraire, elles existent, bien que les sujets ne soient pas dégénérés au sens de Morel et de M. Magnan. Un fils de névropathe peut, en effet, échapper, ne serait-ce que par l'apport biologique de son deuxième parent, à l'influence morbide d'un mauvais générateur. Cette différence entre les termes d'*héréditaire* et de *dégénéré*, qui a été bien mise en lumière par M. Ballet (1), est très importante. En clinique, on confond souvent ces deux termes : or le fait d'être né de sujets tarés ne prouve pas qu'on le soit.

On en est réduit à rechercher dans les caractères cliniques seuls les éléments propres à différencier cette dégénérescence somatique et psychique. Mais comment isoler du *bloc* qu'est encore la pathologie mentale, les psychopathies dites dégénératives ? Comment séparer — avec les uniques ressources de la clinique — là où il n'y a guère encore que confusion ? Les stigmates physiques et psychiques sont d'une utilité plus grande, et ce sera l'honneur de M. Magnan d'avoir poussé à leur étude. Ils nous apparaissent bien comme les manifestations d'un état biologique différent, anormal, dévié des saines tendances de la race. Mais combien répandus sont-ils et comme on les rencontre souvent ! Il faut donc accepter une conception de la dégénérescence plus vaste, une conception d'attente pour ainsi dire, qui permette de classer pour l'étude un plus grand nombre de faits, et dans laquelle le groupe-

(1) Ballet. In Charcot-Bouchard. *Traité de médecine*, art. Psychoses.

ment de M. Magnan puisse tenir. La dégénérescence apparaît aujourd'hui (1) comme un état biologique inférieur, comprenant les psychoses, les maladies nerveuses et les accidents diathésiques. M. Joffroy, qui a souvent défendu cette opinion, pense que pour être atteint de psychoses, de n'importe quelle psychose, il faut être, à un degré quelconque, un déséquilibré. Maintenant, qu'il y en ait de plus déséquilibrés, de plus dégénérés les uns que les autres, c'est évident ; et l'avenir, utilisant les documents déjà amassés — et c'est en cela que l'œuvre de Morel et de M. Magnan restera — et des documents non encore recherchés, les caractérisera plus sûrement qu'on a pu encore le faire et les divisera en des types cliniques différents.

Revenons à la prédisposition. Si donc, comme il résulte des recherches des aliénistes et des neuro-pathologistes (2) étudiées plus haut, les aliénés et les vicieux (3), les nerveux, les arthritiques et les sujets diathésiques ou encore intoxiqués s'engendrent réciproquement, les rejetons de tous ces malades ont une prédisposition morbide bien élastique, qui, loin de leur assurer l'héritage du même accident pathologique, ne leur permet pas de choisir parmi ces grands groupes morbides : les psychoses, les névroses et les maladies arthritiques. Ils paraissent être indifféremment prédisposés à la chorée, à l'épilepsie, à la manie, à la gravelle, au diabète ou encore au cancer. Or, si ces parentés morbides sont établies par des observations multiples qui forcent notre opinion ; si même on ne les accepte que réduites aux affections déjà bien nombreuses des groupes névropathique et psychopathique, dans tous les cas, il faudrait admettre que la prédisposition héré-

(1) Joffroy. *La folie choréique*, ouvr. cité. — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes (Session de Clermont-Ferrand, 1894). — Féré. *La famille névropathique*, 1894.

(2) L'enseignement clinique de Charcot a mis sans cesse en lumière les parentés morbides des maladies vésaniques, nerveuses et arthritiques. Consulter par exemple, parmi ses ouvrages : J.-M. Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887 et 1889.

(3) L'étude des rapports de l'aliénation mentale et de la criminalité a, dans ces derniers temps, comme on l'a vu dans le premier livre de cet ouvrage, inspiré de nombreux travaux. Parmi les plus récents, il faut mentionner le travail très documenté de M. Maupaté. Th. Paris, 1893.

ditaire est une condition étiologique générale sans signification précise. Un enfant d'aliéné est prédisposé c'est vrai, mais à beaucoup d'affections. Et si un jour sa prédisposition prend une forme déterminée, il faut chercher le *quelque chose* qui lui a donné ce costume.

Ce quelque chose, c'est peut-être une malformation congénitale d'un appareil organique. La maladie de Little (1) et probablement le tabes surviendraient chez des sujets dont les cordons pyramidaux ou les cordons postérieurs sont primitivement faibles. La chorée serait probablement due aussi, selon l'hypothèse de M. Joffroy, à une débilité native du système nerveux moteur, et les psychoses à des imperfections du tissu encéphalique impossibles à déceler aujourd'hui. A ce point de vue, les recherches tératogéniques poursuivies récemment, et dont il a été question dans un autre chapitre, sont de nature à éclairer un jour certains points du problème. Encore ne voit-on pas la possibilité de trouver jamais le substratum anatomique d'une prédisposition à une forme psychopathique définie. Mais on sent bien que c'est sur ce terrain que l'on doive rechercher les caractères somatiques de la prédisposition, c'est-à-dire de la dégénérescence. La connaissance de tares héréditaires est une chose utile, mais ce n'est qu'un renseignement dont il faut interpréter la signification. Elle ne prouve pas que les tares aient été réellement transmises de l'ascendant où on les constate au descendant qu'on examine. Quand on aura découvert des signes anatomiques précis — et l'étude des stigmates physiques de la dégénérescence y conduit tout naturellement — par exemple des imperfections du système nerveux, qui affirmeront l'action de l'hérédité morbide, on sera plus autorisé à signaler cette dernière dans l'histoire d'un malade.

Actuellement, on met tous les antécédents névropathiques familiaux à peu près sur le même rang; or, chacun a une importance bien inégale. Par exemple, un homme a, à vingt ans, un accès vésanique accidentel ; complètement rétabli, il se marie et, quelques années plus tard, enfante un descendant. Ce dernier a certainement moins souffert de la maladie paternelle que s'il était issu

(1) Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1895, 119.

d'une femme qui aurait présenté durant le cours de sa gestation un état mélancolique avec dystrophie générale grave. Dans les deux cas, cet individu serait fils d'aliéné, bien que le *renseignement héréditaire* soit, dans l'une et l'autre circonstance, de valeur bien différente. Comparez aussi les rejetons d'un syphilitique, qui ne présente plus aucune manifestation de la vérole et chez lequel la maladie infectieuse n'existe plus guère qu'à l'état de souvenir, avec ceux d'un alcoolique chronique qui est sans cesse intoxiqué, lui et ses germes (1).

Dans le même ordre d'idées, l'étude de la prédisposition acquise peut bénéficier des mêmes recherches anatomiques. M. P. Marie (2) a émis cette hypothèse très vraisemblable que beaucoup d'épilepsies auraient pour origine de petites lésions encéphaliques (hémorrhagies) produites au cours de maladies infectieuses durant l'enfance. Ces lésions, par exemple celles qui intéresseraient les centres moteurs, seraient de véritables foyers d'irritation permanente qui, quelques autres circonstances étant données, provoqueraient et entretiendraient des accès convulsifs.

D'autre part, on croit que certaines intoxications prolongées (alcoolisme) ou certaines maladies graves (fièvre typhoïde) peuvent déterminer chez l'individu une manière d'être nouvelle, une véritable diathèse névropathique. Les individus, touchés par ces accidents morbides, deviennent moins résistants à l'action des facteurs psychopathiques. Ils sont des dégénérés acquis. Le fait doit se produire bien plus rarement lorsque l'accident atteint l'adulte que l'enfant. Et cela se comprend parfaitement. L'individu d'un certain âge oppose une grande résistance à ces forces perturbatrices. Les habitudes biologiques de ses cellules sont trop vieilles pour qu'elles soient modifiées facilement. En outre, son organisme est complètement développé ; et s'il peut perdre certains perfectionnements déjà acquis, la plupart lui resteront. Tandis que l'enfant — et plus il se rapproche de l'embryon du début, plus le danger est grand — l'enfant, d'une résistance moins grande, est en pleine évolution. Une lésion de l'oreille, qui rend l'adulte sourd, le rendra

(1) Joffroy. Leçons professées à l'asile Sainte-Anne, 1895

(2) P. Marie. Infections et épilepsies, *Sem. médic.*, 1894, 282.

aussi muet. Des altérations de l'encéphale provoqueront chez l'adulte une variété de démence, où certaines acquisitions (langage, idées morales et professionnelles) ne disparaîtront pas tout à fait; il ne pourra pas non plus rétrograder complètement, et sa taille, par exemple, ne diminuera point. En d'autres termes, la démence ne pourra lui prendre qu'une partie de son passé. La même maladie ravira à l'enfant l'avenir, c'est-à-dire la faculté d'apprendre à parler, à marcher, à se servir de certains instruments; elle lui ravira même la faculté d'atteindre l'âge adulte de ses organes.

On comprend donc que les maladies de l'enfance et de l'embryon sont les plus puissantes pour produire la dégénérescence de l'individu. Cependant il n'est pas niable que, comme je le disais plus haut, certaines grandes perturbations générales puissent avoir des effets analogues, quoique sensiblement atténués. Il serait donc intéressant de rechercher quelles sont les suites anatomiques et physiologiques — car ce sont là les deux faces du même phénomène — que laissent après elles les intoxications profondes ou d'autres maladies graves. Il est parfois facile de voir que certaines affections créent de véritables prédispositions locales, qui guident en quelque sorte l'action d'une cause névropathique. Dans la pathologie interne, les observations de ce genre sont communes. Ainsi des maladies gastro-intestinales rendent plus suscepibles à la contagion des maladies qui menacent le tube digestif (choléra, fièvre typhoïde). De même, en pathologie mentale, les traumatisés du crâne deviennent souvent des *cérébraux*, disait Lasègue. Que reste-t-il de cet ébranlement du tissu nerveux, qui modifie si profondément les sujets? On ne peut actuellement répondre à cela. On voit donc que, dans l'étude de la prédisposition vésanique, il y a un *au-delà* qui ne nous apparaît encore que couvert de voiles épais.

Mais admettons que la prédisposition puisse, lorsqu'elle sera mieux connue dans son substratum anatomo-clinique, rendre compte de la localisation des troubles nerveux, et, jusqu'à un certain point, de leur forme, puisque cette dernière varie avec l'organe atteint. L'excitation morbide décèle chez le sujet ses imperfections anatomiques ou physiologiques, son tempérament et ses habitudes psychiques ; d'où les idées délirantes professionnelles, et les idées

de persécution survenant chez des caractères soupçonneux, comme l'a bien observé, en France, M. Charpentier (1). Mais tous ces éléments étiologiques sont liés à l'organisation du malade ; n'y en a-t-il pas d'extérieurs au sujet ? et peut-on dire que la prédisposition, même en accordant à ce mot tout le sens qu'il peut renfermer, est la vraie et la seule cause de la maladie mentale.

Dire cela, c'est n'envisager la question que d'un côté. La cause est l'antécédent nécessaire et suffisant d'un fait. Or, acceptons que la prédisposition soit une condition obligée de l'apparition d'un trouble nerveux, bien que souvent elle soit réduite au minimum, à presque zéro. Mais qu'est-ce que cette prédisposition, sinon une aptitude, une tendance, qui demande à se réaliser et qui ne peut le faire que si d'autres conditions, tout aussi nécessaires, sont données. Cette prédisposition, ai-je dit, est partout, et partout elle est, si l'on veut, la première condition d'un phénomène. Ainsi, pour qu'une plaie soit faite par un scalpel, il faut nécessairement que le tissu à entamer, la peau par exemple, ait une structure spéciale telle qu'elle puisse se laisser déchirer par le fil de l'instrument. On pourrait dire en renchérissant qu'il faut d'abord que la peau soit, car si elle n'existait pas, on ne pourrait l'entamer. On en arrive ainsi à penser que la prédisposition est tellement une condition nécessaire de la maladie, qu'elle en est une condition métaphysique (2).

Il faut donc d'autres conditions pour que l'accident morbide apparaisse ; il faut le scalpel. Ces circonstances, on les a appelées des *causes occasionnelles*, pour bien indiquer qu'elles ne jouaient qu'un rôle très contingent dans la production des phénomènes. D'après cette doctrine, les maladies sont en quelque sorte pré-

(1) Charpentier. Des idées morbides de persécution, *Ann. méd. psych.*, 1888, VII, 105.

(2) La prédisposition c'est, si l'on veut prendre un exemple dans l'anthropologie criminelle, la naissance, la congénitalité du délinquant ; les autres facteurs constituent les influences du milieu. Il est curieux que beaucoup d'aliénistes, qui admettent que la prédisposition est la véritable cause de la folie, repoussent la théorie de Lombroso, qui, comme eux, soutient que la cause effective du crime, chez quelques-uns, c'est leur naissance. Eh bien ! il semble logique d'admettre que les causes dites occasionnelles sont aussi importantes dans la détermination du délire que les influences du milieu dans le développement des idées criminelles.

existantes et n'attendent, pour se développer, que le moment favorable. Une émotion, une maladie infectieuse, un traumatisme, sont également capables d'éveiller une névrose ou une psychose sommeillantes. Mais il n'y a pas de rapport entre la nature du facteur occasionnel et la variété de l'accident morbide provoqué.

Serrons la question de près. On déclare que les facteurs apparents des maladies mentales, autres que la prédisposition vésanique, ne doivent pas être considérés comme de véritables causes, pour deux raisons :

1° Parce que le facteur varie sans que la maladie change. Ainsi la plupart des causes connues, bien que différant entre elles, peuvent éveiller une même maladie nerveuse ou mentale — l'hystérie, un délire mélancolique par exemple — sensiblement la même dans tous les cas.

2° Parce que le même facteur provoque des maladies différentes. Ainsi une émotion occasionnera un état mélancolique, comme aussi un accès de manie aiguë, et même de délire systématisé.

Remarquons d'abord que ces deux objections pourraient être faites pour toutes les étiologies de la pathologie générale. On sait en effet que là, comme dans la pathologie mentale, une même maladie est susceptible d'être produite par des facteurs différents et que le même facteur engendre des troubles morbides variés. Ainsi un traumatisme, la blennorrhagie, le tabes, peuvent déterminer une arthrite ; d'autre part, l'agent de la scarlatine provoquera, outre l'éruption caractéristique — qui ne se produit d'ailleurs pas nécessairement — une néphrite, une angine et bien d'autres altérations viscérales. Niera-t-on pour cela le rapport de cause à effet entre le facteur et la lésion ? Mais non ; et tous les médecins parlent d'arthrites traumatiques, blennorrhagiques et tabétiques, ainsi que de néphrites et d'angines scarlatineuses (1).

(1) Mais est-ce que les microbes eux-mêmes, les déterminants pathogènes considérés jusqu'à aujourd'hui comme les plus fixes, ne varient pas dans leurs altérations ? Le pneumocoque ne peut-il pas déterminer les lésions les plus diverses, selon sa localisation sur le poumon, le cœur, les méninges ou les amygdales, et, d'un autre côté, une endocardite ne peut-elle pas être produite par plusieurs microbes différents ? Est-ce que pour cela la notion étiologique est détruite ? Mais nullement, et l'on essaye de reconstituer de nouveaux groupes symptomatiques avec l'idée de rapporter les formes morbides à leurs facteurs. L'étude du strep-

Personne n'osera soutenir que les maladies étaient préexistantes et que le facteur apparent n'a fait que les révéler. Et cependant cette proposition contiendrait une part de vérité. Qui ne croit en effet que l'ivrogne d'habitude, qui a une cirrhose hépathique, a gagné cette maladie parce que son foie n'a pu résister au poison, c'est-à-dire était prédisposé à la lésion qui l'a envahi ! Cela n'empêche pas que l'on a essayé d'établir un rapport entre l'alcool et l'altération du foie ; c'est l'histoire des *cirrhoses alcooliques veineuses*.

On peut se demander en définitive quels sont les *criteria* d'un rapport étiologique ? Théoriquement il y en a deux qui peuvent se formuler ainsi : la cause est l'antécédent nécessaire et suffisant d'une maladie. Mais en pratique, il est presque toujours impossible de dire parmi les conditions étiologiques nombreuses, les unes appartenant au malade et les autres étant extérieures à lui, quels sont les éléments pathogéniques dont la présence, et la présence seule, est requise pour la production de l'état morbide. On en est donc réduit à se contenter d'une étiologie plus vague et l'on a créé toute une hiérarchie parmi les causes, les unes appelées efficientes, les autres occasionnelles. Mais combien l'application de cette division est difficile en pratique ! Ainsi la fièvre apparaît dans une foule de maladies très différentes ; ce fait empêcherait théoriquement qu'elle fut rattachée au facteur qui l'actionne (1). Et cependant dira-t-on que la fièvre typhoïde n'est que la cause occasionnelle de l'hyperthermie, qui est un de ses symptômes les plus constants? Cette façon de s'exprimer semblerait bizarre.

On ne peut donc exiger toujours le même antécédent d'un fait

tocoque, du pneumocoque, agents locaux, est remplacée par celle de la streptococcie, de la pneumococcie, maladies générales (Brouardel, Gilbert et Girode. *Traité de médecine*, I, 515), qui ne sont en somme que les modes particuliers et constants de réaction de l'organisme attaqué par ces microbes spéciaux.

(1) Théoriquement la fièvre de la variole doit être un peu différente de toutes les autres fièvres. C'est pour cela qu'il est vrai de dire que la fièvre variolique est un symptôme spécial de cette fièvre éruptive, puisque — telle qu'elle est — elle ne peut être produite par aucune autre maladie. Et c'est pour cela aussi qu'il est faux de soutenir que la fièvre est susceptible d'être provoquée par des facteurs différents, puisque ce n'est jamais la même. Ce dernier raisonnement pourrait s'appliquer aux délires, dont il n'est pas juste de dire qu'ils se rencontrent les mêmes (?) dans des circonstances variées. La vérité est que l'analyse en pathologie est encore peu poussée.

morbide pour établir un rapport étiologique. C'est pour cela qu'on a voulu trouver deux autres caractères plus sûrs. La lésion, dit-on, serait en rapport d'évolution avec la cause et disparaîtrait avec les remèdes qui guérissent les troubles évidemment provoqués par cette dernière. Mais ne voit-on pas à tout instant, en clinique, des altérations d'organes qui survivent aux causes qui leur ont donné naissance ; par exemple les ulcérations de l'intestin persister après la guérison de la dysenterie ! D'ailleurs où commence et finit cette chaîne de phénomènes qu'on appelle une maladie ? A quel endroit, tel échelon ne fait-il plus partie de l'entité morbide et n'est-il qu'une suite ? Dans certaines maladies infectieuses (diphtérie) il est des lésions (fausses membranes) qui appartiennent en propre à l'action des microbes et d'autres (paralysies) qui sont la conséquence du travail des toxines. On comprend aussi que le même traitement ne puisse pas avoir une égale efficacité sur un groupe de phénomènes, qui constituent à nos yeux la maladie principale, et sur d'autres, qui appartiennent à un autre mécanisme tout en dérivant immédiatement des premiers. C'est ainsi que M. Fournier (1) explique, avec des arguments que je rappelle ici, comment une maladie, la syphilide pigmentaire et la paralysie générale, peuvent être des conséquences directes de la syphilis sans être tout à fait semblables, comme évolution et comme réaction thérapeutique, à d'autres maladies qui ont paru jusqu'à ce jour être toute la vérole.

Il faut donc en prendre son parti et ne pas vouloir établir des règles fixes et trop étroites pour interpréter les conditions étiologiques ordinairement nombreuses des maladies. Car les maladies elles-mêmes — et cela dans la pathologie tout entière — ne sont, artificiellement groupés pour constituer des entités morbides, que des syndromes de réaction des principaux appareils de l'organisme, qui peuvent être troublés par de nombreux agents morbides. C'est pour cela que les épilepsies, les angines, les endocardites, par exemple, ont toutes, et quelle que soit la diversité de leurs modes de production, beaucoup plus de symptômes communs — les mieux connus — que de dissemblables — la plupart ignorés —

(1) Fournier. *Les affections para-syphilitiques*, 1894.

car elles ne représentent que les manières des organes de répondre à certaines irritations.

Mais est-ce qu'il ne faut pas pour cela étudier les symptômes dissemblables et s'aider d'eux pour établir des variétés morbides, différentes par leurs causes, leur aspect et leur évolution ? Sinon, on ne décrirait qu'une pleurésie, une péritonite, une arthrite, c'est-à-dire que l'on ne sortirait jamais d'une pathologie générale métaphysique, sans réalités concrètes. D'autre part, il est évident qu'il ne faut pas tomber dans l'excès d'analyse, qui fait voir des espèces pathologiques là où existent à peine quelques variétés superficielles. Mais quelle est la limite entre ces deux défauts, entre une synthèse de presbyte et une analyse de myope ?

On a essayé dans ces derniers temps, de démontrer — ce que Charcot a parfaitement fait pour l'hystérie — que toutes les épilepsies étaient une seule et même manifestation névropathique, ne survenant que chez des individus tarés et à l'occasion des accidents les plus variés (maladies de l'enfance, tumeurs cérébrales, grossesse, urémie, rougeole, etc.). Cela est vrai, et il était nécessaire que cela fût dit. Mais n'est-il pas vrai aussi que l'aspect clinique et l'évolution de toutes ces épilepsies sont un peu différents ?

Les épilepsies jacksonniennes indiquent souvent, par la localisation des troubles convulsifs, une irritation des centres nerveux, qu'une trépanation peut faire cesser en entraînant la disparition des crises ; les éclampsies puerpérales finissent, en général, après l'accouchement. Ces signes et bien d'autres encore ne suffisent-ils pas pour — tout en maintenant ces hautes généralisations si utiles pour l'interprétation d'ensemble des phénomènes — légitimer une division des épilepsies, basée sur leur origine (1) et

(1) J.-M. Charcot (*Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1887, 13 et suiv.) en séparant les épilepsies Jacksonniennes en trois types (facial, brachial et crural) répondant à des localisations différentes, faisait cette division qui ne contredisait pas sa synthèse *d'épilepsie maladie névropathique*. De même il admettait une *épilepsie syphilitique* curable et une *épilepsie de nature absinthique* qui disparaissait avec l'intoxication par l'absinthe (J.-M. Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière.*, 1889, 96).

intéressant le pronostic et la thérapeutique de ces affections? L'analyse ne détruit pas la synthèse ; elle la confirme.

Cette répugnance à admettre des variétés morbides plus nombreuses n'existe pas dans la médecine générale. Est-ce que dans le cas d'une pleurésie ou d'une péritonite, on ne recherche pas à quelle variété étiologique on a affaire pour appliquer un pronostic et un traitement convenables ? Est-ce que l'on peut être maintenant renseigné sur l'évolution probable d'une angine si l'on n'a pas fait le diagnostic bactériologique, qui est un diagnostic au premier chef étiologique ? Or si l'on ne devait tenir compte que des ressemblances que présentent les complexus symptomatiques entre eux, il faudrait réunir, dans de grandes descriptions schématiques, toute la pathologie des divers appareils de l'organisme.

Qui ne sent, en définitive, que c'est là plutôt une question de mots? Les faits restent et ils sont différents. Leur classification est, surtout en médecine mentale, purement conventionnelle ; l'évolution des doctrines, tantôt les sépare, tantôt les unit. Chacun peut se montrer plus ou moins sévère pour établir une espèce nosologique distincte. Ce qu'il faut bien savoir, c'est que nos divisions sont toutes artificielles, toutes provisoires. Laissons-les donc et sans perdre du temps à les légitimer ou à les combattre — puisqu'elles sont toutes des créations périssables de notre esprit — attachons-nous à établir des rapports de plus en plus nombreux entre les phénomènes pathologiques et leurs éléments étiologiques. Peu importe, après tout, que l'on affirme ou que l'on nie que les premiers sont unis aux seconds par un lien de *nature*, d'*origine* ou d'*occasion*.

Il ne faut donc pas être trop exigeant en pathologie mentale et vouloir qu'il y ait là, par exception aux lois de la pathologie générale, des psychoses absolument spéciales à la puerpéralité, à la variole, au cancer, au traumatisme, etc. Mais — et c'est là où je veux insister — les agents pathogènes ont chacun des modes d'action qui les rendent un peu personnels et qui permettent de les grouper. Le poison des oreillons éveille volontiers des orchites ; le rhumatisme, des endocardites ; la scarlatine, des néphrites. C'est dans la détermination, plus que dans la spécificité des lésions,

que l'on peut reconnaître l'agent étiologique. De même en pathologie nerveuse, le saturnisme provoquera plus volontiers des paralysies; le rhumatisme, la chorée ; et peut-être la syphilis, le tabes. Et pour en arriver à la psychiâtrie, je pense qu'il existe des syndromes, des modes de réaction du cerveau lésé correspondant, non pas à chaque agent irritatif, mais à un groupe de processus morbides analogues.

Les partisans de la prédisposition prédominante font volontiers remarquer que les diverses causes psychopathiques ne provoquent pas de folies spécialement cancéreuse, tuberculeuse, brightique, puerpérale, et que la manie, la mélancolie qu'on y observe sont semblables à celles que l'on constate ailleurs.

Mais je voudrais bien que l'on me dise s'il existe des formes vésaniques types, pour qu'on soit pleinement autorisé à leur comparer ce que l'on voit dans diverses circonstances. Comment peut-on affirmer, par exemple que, dans telle névrose, la manie, la mélancolie, le délire des persécutions ne se distinguent en rien des formes ordinaires ? Que sont-elles, celles-là ? et notamment le délire des persécutions qui présentent tant de modalités cliniques? Il serait plus logique d'admettre, si l'on voulait être rigoureux, non pas que ces troubles mentaux ressemblent aux états vésaniques connus, mais que rien pour le moment ne permet d'isoler les uns et les autres du chaos symptomatique qu'est encore la pathologie mentale. Mais puisqu'il faut nécessairement établir des divisions, même d'une façon provisoire, dans la symptomatologie psychiâtrique, il n'est, semble-t-il, qu'une méthode rationnelle, c'est une classification basée sur la pathogénie (1).

Il est une série de faits où tout le monde admet l'influence souveraine du facteur étiologique ; ce sont les cas de délire alcoolique. Voilà, par exemple, un individu dont l'hérédité est chargée. Il commence à boire tout jeune ; un jour, enfin, il est pris d'un premier accès délirant avec hallucinations terrifiantes, extrême agitation, panophobie. Cet accès est suivi plus tard d'autres sem-

(1) On sait que Morel a basé sa classification des maladies mentales sur l'étiologie ; cette opinion a été défendue il y a peu de temps par M. Marandon de Montyel. (*Ann. méd. psych.*, 1889).

blables et de courte durée. C'est la septième fois qu'il entre à leur occasion à l'asile. D'où vient que ce malade, qui a eu d'autres accidents morbides, des chutes, des émotions, des troubles organiques plus ou moins intenses, n'a déliré qu'après des excès d'alcool? Cependant sa prédisposition est toujours la même et aurait pu s'éveiller à d'autres occasions. D'autre part, l'alcool a déterminé toujours le même délire. Cette continuité dans les effets n'est-elle pas une marque irréfutable de l'importance de cette cause directe, qui imprime si sûrement et à tous les coups son cachet pathognomonique?

Or, si cette cause était purement occasionnelle, elle éveillerait des psychoses quelconques, tout comme la puerpéralité ou un choc moral. Mais si, en effet, des faits de ce genre sont observés, le plus souvent — dans la grande majorité des cas même — l'action de l'alcool se manifeste, quand il a eu le temps d'empoisonner l'individu, par un délire assez spécial, avec hallucinations mobiles et terrifiantes, panophobie, etc. Tout le monde appelle cet état psychopathique du nom de sa cause déterminante, *délire alcoolique*. On reconnaît donc que l'élément étiologique peut imprimer un caractère clinique à la forme vésanique, toute question de prédisposition réservée. Et cependant ce délire dit alcoolique n'est pas même spécial à l'alcool, puisqu'on le retrouve dans la plupart des intoxications, Ce n'est, en somme, qu'un délire toxique. Quand on retrouve la même physionomie clinique dans d'autres empoisonnements, dans le saturnisme par exemple ou dans l'intoxication urinaire, pourquoi ne dirait-on pas *délire plombique, délire urémique?* Tous ont autant ou aussi peu de droits à cette appellation étiologique. Pourquoi l'alcool serait-il une cause efficiente et les autres poisons non ? Pourquoi ?

La forme de la vésanie dépend donc quelquefois de la qualité. de la cause. Sa durée dépend souvent aussi de la dose étiologique ou du temps pendant lequel l'élément pathogénique agit. Car tout le monde sait qu'un des moyens qui réussissent le mieux dans la thérapeutique des maladies mentales, c'est de priver de boissons l'alcoolique délirant, qui, le plus souvent, cesse de cette manière de divaguer. Il est vrai que lorsqu'un alcoolique, sevré de boisson, continue à délirer, on dit que sa prédisposition est plus

forte (Magnan). Mais notez que ce diagnostic est ordinairement rétrospectif ; il aurait plus de valeur s'il affirmait, dès le début, la durée de la psychose, bien entendu quand celle-ci a nettement le caractère de l'intoxication alcoolique, et ce, sur l'inspection seule des tares dégénératives du sujet. Or ce diagnostic n'est pas commode à établir.

Les exemples que je viens de choisir volontairement parmi les plus simples, parmi les plus banals, pourraient être suivis de plusieurs autres. Mais je préfère rester dans des considérations générales pour me mettre à l'abri des contradictions.

Ce qui a fait délaisser l'étude des causes dites occasionnelles, c'est la mauvaise voie dans laquelle elle a été engagée. On s'est mis à décrire des folies tuberculeuses, hépatiques, cancéreuses, et ce sont, en effet, d'étranges conceptions. Mais il ne faut pas non plus se rejeter dans un sentier opposé et déclarer ou à peu près que la prédisposition fait ce qu'elle veut et que les autres causes n'ont aucune influence dans la genèse des psychopathies. Je crois au contraire qu'elles en ont et je m'appuierai, pour cela, sur l'autorité de Morel, lui-même qui, pourtant, n'est pas suspect dans cette question, puisque c'est lui qui a contribué le plus à faire, de la prédisposition vésanique, la cause psychopatique principale.

Ce grand aliéniste disait (1) : « La nature du délire est toujours en rapport avec la nature de la cause et la gravité de la lésion. » Et ailleurs Morel expliquait que dans l'étiologie d'une vésanie, il fallait considérer la prédisposition, la cause, et la lésion — c'est-à-dire le trouble fonctionnel par lequel la cause agit. La cause, c'était pour lui l'alcool, l'hystérie, l'épilepsie ; la lésion, c'étaient les troubles plus ou moins cachés, les altérations de la nutrition qui agissent directement sur le cerveau en éveillant et en entretenant les troubles intellectuels. Mais la cause est une grosse étiquette qui ne peut servir à caractériser une vésanie ; l'alcool n'agit pas autrement que le plomb, si bien que tous deux provoquent de la même manière le même délire. D'autre part, dans une cause, la puerpéralité par exemple, il y a, comme

(1) Morel. *Traité des maladies mentales*, 1860, 113.

je l'ai montré ailleurs (1), plusieurs processus pathogéniques, l'auto-intoxication de la grossesse, le traumatisme de l'accouchement, l'infection de la période post-puerpérale, l'épuisement de l'allaitement, qui, tous, tendent à provoquer des délires un peu différents.

La cause, c'est l'hypochondrie de Morel, névrose spéciale qui n'a jamais été une entité morbide bien définie ; c'est aussi la tuberculose, la cirrhose hépatique, le cancer. Sa connaissance importe peu dans l'étiologie des maladies mentales, mais plutôt celle des processus morbides qu'elle actionne. Il n'y a pas et il ne peut y avoir de folie puerpérale, ni urémique, ni variolique, ni typhoïdique. Mais il y a des délires diffus et hallucinatoires en rapport avec les septicémies puerpérales, de la variole et de la fièvre typhoïde, et l'empoisonnement urinaire. Il y a des délires transitoires éclatant au moment d'un traumatisme, que ce soit une fracture de jambe, une chute sur la tête, ou encore un accouchement (2) ; dans tous ces cas, l'évolution des troubles mentaux sera brève. Il y a des psychoses asthéniques de la convalescence des fièvres graves et qui pourront aussi s'observer dans des états de dépression amenés par la misère physiologique, l'inanition, le surmenage, ou encore par une émotion morale fortement débilitante. *En d'autres termes, il n'y a pas de psychoses étiologiques, mais des psychoses pathogéniques.* Et si l'on va un peu à l'aveugle dans cette voie embroussaillée et encore mal éclairée, toutefois a-t-on la conscience qu'on marche sur un sol ferme, nullement métaphysique et où les réalités se dessinent peu à peu. Que les rapports entre les phénomènes soient difficiles à débrouiller et plus encore en médecine mentale — où il n'y a pas les fils conducteurs des autres branches médicales, l'anatomie pathologique, l'examen bactériologique, l'expérimentation sur les animaux — cela est certain. Mais

(1) Ed. Toulouse. Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales. *Gaz. des Hôpit.*, 1893, 1077.

(2) D'où vient que le fait seul pour un délire d'éclater au moment de l'accouchement permet de porter un pronostic bénin au point de vue de la durée ? C'est que, toute prédisposition étant égale, la cause productrice, le traumatisme, est spéciale et détermine volontiers un accès de manie transitoire, comme il le ferait dans d'autres circonstances.

il est certain aussi qu'il doit y avoir des liens étroits rattachant les états morbides à leurs causes.

Il y a des faits qu'on ne peut détruire. Lorsqu'un délire a une forme et une durée en rapport avec la cause agissante, on doit admettre que celle-ci a un rôle pathogénique puissant, toute prédisposition admise *a priori*. On sait, par exemple, que les intoxications se manifestent d'une manière semblable. D'autre part, la fièvre et l'infection des maladies aigües provoquent des troubles mentaux *(délires fébriles)*, dont l'évolution est, en général, dépendante des processus pathologiques qui les ont éveillés. Des psychoses alternent avec des accidents diathésiques; des accès de goutte ou des attaques de rhumatisme sont liés à l'apparition ou à la disparition des troubles mentaux. D'autres se rattachent à des altérations de certains organes ; des lésions de l'oreille provoquent et entretiennent des hallucinations qui disparaissent avec celles-là. Enfin lorsque les cellules nerveuses de l'encéphale sont atteintes (démence sénile et paralysie générale), l'intelligence s'affaiblit fatalement, toute prédisposition réservée.

Voilà donc une série de faits qui prouvent qu'il y a bien un rapport entre la cause, ou du moins entre le processus pathogénique, et le trouble mental. Que les conditions de ce lien soient encore obscures, c'est ce qu'on ne peut nier ; mais ce n'est pas non plus une raison suffisante pour délaisser leurs recherches et pour remplacer ces dernières par une conception générale de causalité par trop imprécise.

En résumé, la prédisposition est une condition étiologique que l'on trouve en pathologie mentale comme partout ailleurs. On ne peut dire qu'elle suffise à expliquer l'apparition d'un accès délirant ni sa forme clinique. Elle n'est rien qu'une condition, une force vague, indéfinie, qu'il faut actionner pour mettre en valeur. Est-ce qu'elle n'existe pas dans la pathologie interne, où cependant on ne lui fait pas jouer le rôle quelque peu illégitime qu'on lui accorde en psychiâtrie ? Il n'est pas de maladie infectieuse, générale ou accidentelle, où l'on ne puisse invoquer la nécessité plus ou moins grande d'une aptitude morbide particulière. Là aussi, il y a des tempéraments réfractaires et d'autres plus prédisposés à la pneu-

monie, à la variole, au croup. Tout le monde ne peut pas plus avoir la scarlatine qu'un accès de manie. Mais cette prédisposition mystérieuse n'a jamais été donnée comme une explication étiologique suffisante. On a cherché et trouvé la cause de la phtisie, que l'on proclamait héréditaire ; il faut que le sujet soit prédisposé par sa naissance ou par des fatigues physiques prolongées, mais il faut aussi un microbe spécial arrivant à produire des lésions pulmonaires déterminées.

Si l'on voulait être sévère, même dans les expressions qui traduisent nos conceptions médicales, il faudrait peut-être supprimer ce mot de cause, qui, par sa signification absolue, a provoqué déjà bien trop de discussions stériles. J'ai rappelé plus haut que la cause éveillait l'idée d'un antécédent nécessaire et constant. Or combien rarement un phénomène agit de cette manière en médecine mentale et même en pathologie générale ! Un alcoolique délire : dira-t-on que c'est à cause de l'alcool ? Mais tant d'individus boivent davantage et ne déraisonnent pas. Sera-ce parce qu'il est fils d'aliéné ? Mais tant d'autres rejetons de psychopathes commettent des excès de boissons et ne sombrent pas à cette occasion. De même un vieillard tombe et se fracture le fémur; quelle est la cause, c'est-à-dire l'antécédent nécessaire ? Est-ce la chute qui, si souvent ne s'accompagne pas de cet accident ? L'état poreux de l'os ? Mais sans l'occasion du traumatisme, ce fémur se serait-il cassé ?

Ce qui est vrai, c'est qu'en pathologie il y a rarement une cause au sens du mot : il y a des *conditions étiologiques* qui sont, le plus souvent, nombreuses (1). Il ne faut pas voir que la prédisposition ; il ne faut pas voir que les causes occasionnelles. Admettre l'absolue prépondérance de l'une d'elles, c'est peut-être, en s'en contentant,

(1) M. Joffroy insiste fréquemment là-dessus. Prenons un cas banal : un jeune homme, fils de névropathes, arrive à l'adolescence et commet quelques excès de boissons. Il commence à présenter des accès d'épilepsie. Quelle est la cause efficiente ? L'hérédité, le travail de la puberté, l'intoxication ? Chacune de ces causes séparées était insuffisante pour rien créer. Leur combinaison a déterminé, comme cela a lieu en chimie et dans toute la biologie, un produit nouveau, l'épilepsie. Il ne faut donc pas voir que la prédisposition, ni que les causes occasionnelles.

s'empêcher de rechercher les autres. Or toutes sont justiciables des mêmes critiques, formulées de la même manière. On s'étonne par exemple que, sur un si grand nombre d'accouchées, il y en ait, en somme, fort peu qui délirent, et l'on table là-dessus pour prouver qu'une puerpérale doit, pour devenir aliénée, être une héréditaire, c'est à-dire une fille d'un nerveux ou d'un psychopathe. Mais on peut aussi bien se montrer émerveillé que, sur tant de descendantes de névropathes de toute espèce — dont la présence dans les antécédents familiaux suffit, quand c'est nécessaire, pour expliquer la genèse d'un délire — il y ait, en somme, fort peu de femmes qui deviennent folles à l'occasion d'une grossesse.

Tous ces grands arguments ne sont donc point sans réplique. Mais il serait sans profit de chicaner là-dessus. Un simple fait peut montrer l'importance des causes directes. On sait, par exemple, que l'homme est beaucoup plus exposé à la paralysie générale que la femme. Pourquoi ? Si la prédisposition était tout, la paralysie générale devrait être également fréquente dans les deux sexes, puisque frères et sœurs ont les mêmes parents. Or il est loin d'en être ainsi. C'est donc que les causes dites occasionnelles, l'alcoolisme, la syphilis, le surmenage, ont un pouvoir étiologique qui doit nécessairement s'exercer pour que cette prédisposition soit actionnée.

Pour conclure, je dirai : la prédisposition, et notamment la prédisposition héréditaire, est — quoique ce ne soit pour nous, le plus souvent, qu'une notion bien vague dont il serait désirable de rechercher les raisons anatomo-physiologiques — une des conditions étiologiques les plus favorables à l'éclosion des délires. C'est, comme le répète souvent M. le professeur Joffroy (1), la graine qui attend, pour se développer, l'engrais convenable. Mais cet engrais peut être différent, et plus ou moins différent sera le développement de la graine ; car aucune force — en biologie comme en physique — ne doit se perdre. Les autres facteurs des vésanies, les causes dites occasionnelles, sont donc très importants à étudier, puisque ce sont eux qui donnent souvent l'orientation et la tonalité générale de la névropathie. Selon que l'aptitude vésanique sera

(1) JOFFROY. Leçons professées à l'asile Sainte-Anne, 1894-95.

plus ou moins grande, les causes directes pourront être de moins en moins puissantes. Elles sont parfois si fortes qu'elles modifient complètement l'individu et créent chez lui directement l'aptitude vésanique. C'est ainsi que Charcot (1) admettait que l'alcoolisme chronique pouvait produire de toutes pièces chez un sujet vierge d'antécédents héréditaires la *diathèse névropathique*.

M. Magnan, pourtant un des plus fermes convaincus de l'action toute-puissante de l'aptitude vésanique, croit que l'absinthe doit déterminer des attaques d'épilepsie chez des individus nullement prédisposés. On pourrait en dire autant de quelques accidents morbides. Et si une émotion légère peut provoquer une aliénation mentale chez un sujet profondément déséquilibré, je crois que certains états morbides, tels qu'une fièvre de 42 degrés ou certains empoisonnements (2) doivent forcément aussi causer un délire plus ou moins durable. Dans ces cas, n'importe qui, de par quelqu'un de ses nombreux ascendants, a assez de prédisposition pour présenter un trouble cérébral : il lui suffit presque d'avoir un cerveau pour être en état d'aptitude morbide. Il ne faut donc rien délaisser dans l'étude de l'étiologie vésanique, qui ne peut être simplifiée sans danger.

On doit accepter la notion de la prédisposition comme une des vérités les plus nécessaires ; mais il serait désirable qu'on cherchât à la préciser, à montrer ce qu'elle est, par exemple anatomiquement et embryogéniquement ; à la faire sortir du domaine des généralités pour celui des faits particuliers, et montrer que telles tares héréditaires ou telles lésions acquises sont les conditions habituelles d'un groupe d'états morbides. Il serait à souhaiter aussi que les processus pathologiques, qui représentent les causes occasionnelles, fussent dégagés de leurs étiquettes grossières. Les dissocier dans chaque maladie pour les réunir dans un autre

(1) J.-M. Charcot. *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1889-93.

(2) Un dernier exemple montrant la diversité des recherches à entreprendre dans cette voie. M. Mougeot (*La papille chatouilleuse*, 203 et suiv.), a essayé d'établir que les buveurs d'habitude avaient des papilles linguales irritables que l'on pouvait soigner et guérir, ce qui entraînait la disparition du besoin alcoolique. C'est possible. Si le fait était démontré, ce serait là une explication de la prédisposition — pour certains cas.

groupement pathogénique, voilà ce qu'il faut tenter. Quand on saura ce qui correspond, dans la vie intime de nos cellules, à une intoxication, à une infection, à une émotion forte, à un traumatisme, on saura peut-être pourquoi l'individu qui a subi l'une de ces atteintes est excité, déprimé, halluciné.

Tout cela, je le crains, n'expliquera pas tout encore. Le malade a, en lui, une foule de déterminants psychopathiques ; et son caractère, gai ou confiant, son énergie, sa volonté, ses connaissances intellectuelles impriment constamment leur cachet au délire. Tout en se mouvant dans le cadre vésanique déterminé par la cause actionnante, il peut encore se montrer très personnel. Triste, il le sera surtout par ses gestes ; déprimé, il ira plus ou moins vite au refus des aliments ; il concevra des tableaux terrifiants en rapport avec son imagination, manifestera des idées de scrupule, des idées de dévotion ou de possession. Tel deviendra érotique, alors que tel autre sera plutôt poussé vers le mysticisme et que tel autre se transformera en persécuté (1). Il est probable que l'on ne pourra de sitôt classer en aliénation mentale, les formes morbides variées qui résultent de la combinaison de tant d'actions extérieures et intérieures. Tout ce qu'on peut espérer savoir bientôt, c'est la raison anatomo-physiologique de son aptitude délirante ; c'est aussi le rapport entre certains processus, qui peuvent être provoqués par les maladies les plus diverses, et certains états vésaniques simples, c'est enfin l'influence de quelques habitudes mentales sur les idées délirantes.

(1) La couleur des idées délirantes (mélancoliques, de persécution, de grandeur, etc.) est, dans les psychoses, ce qu'il y a de plus *personnel*, de plus en rapport avec le tempérament de l'individu. Aussi n'ont-elles pas pu servir à classer utilement les maladies mentales. Il faut chercher dans le *degré* (trouble des processus psychiques) et non dans la *forme* des désordres psychopathiques, et aussi dans leur évolution et leur association avec les signes physiques, des éléments de classification naturelle des divers aspects de ce syndrome complexe qu'est la *folie*.

# LIVRE IV

## PROPHYLAXIE ET ASSISTANCE

Il est temps maintenant d'utiliser les nombreux documents qui ont été recueillis sur les causes des maladies mentales et d'essayer d'en tirer quelques déductions pratiques. L'étiologie n'aboutit en fin de compte qu'à la thérapeutique et à l'hygiène ; et c'est bien là toute sa haute et immédiate utilité.

Je ne m'occuperai ici que des mesures prophylactiques sociales, laissant de côté les réflexions que l'étude poursuivie dans ce mémoire pourrait faire naître au sujet de la prophylaxie individuelle, par exemple de l'éducation familiale et du régime psychologique des prédisposés à la folie.

Un mot seulement sur l'éducation sociale de certains dégénérés à instincts pervers. Ce qu'il faut se garder surtout, c'est de les élever dans cette dangereuse idée qu'ils sont des malades irresponsables. Je ne veux pas traiter ici cette question de la responsabilité insoluble au point de vue métaphysique ; mais je rappellerai que les aliénés les plus troublés ne sont pas tout à fait fermés aux suggestions qu'évoque la Peine. Ils sont matés par l'appareil de force de l'asile et respectent en général le médecin, qu'ils savent être le chef. Sans vouloir revenir à la douche de Leuret, je voudrais qu'on ne laissât pas tout à fait disparaître la discipline des moyens de traiter certains aliénés à tendances mauvaises et surtout qu'on s'en servît davantage hors l'asile, avec les déséquilibrés. Il est une classe d'individus qui sont au-dessus de la loi, et qu'une inviolabilité continue protège contre toute répression. Ils ont parfaitement conscience de leur situation privilégiée et ne manquent pas, l'occasion s'offrant, de commettre des délits pour lesquels ils savent qu'ils ne seront pas punis. Ils vous le disent même, ainsi qu'il me fût répondu par un dégénéré délinquant interné, dont je rapporte le cas dans mon récent rapport à M. le Préfet de la Seine sur le service de la Clinique. Ivrognes incorrigibles, vagabonds, délinquants, ils sont d'abord des vicieux. Même si leur vice est un état morbide, il faut les élever dans cette crainte salutaire que, bien que considérés comme irres-

ponsables, ils seront mis un jour à l'abri de nuire. On pourrait les envoyer par exemple dans une colonie placée hors de France, à condition que cette relégation de malades coûtât moins cher que la relégation actuelle des criminels ; de la sorte, ils seraient une charge pécuniaire de moins pour les contribuables travailleurs et surtout ne menaceraient plus la société par leurs actes ni par leur descendance.

# CHAPITRE Ier

## MESURES PROPHYLACTIQUES

C'est principalement en médecine mentale que le rôle de l'hygiène prophylactique pourrait être efficace. Car le traitement de la folie n'a que des armes bien faibles à diriger contre le mal, qu'il serait plus facile d'empêcher.

1. Hérédité et mariage. — La mesure à prendre, qui paraît la plus rationnelle et qui vient tout d'abord à l'esprit, est celle qui empêcherait la procréation des individus prédisposés à la folie. Ce serait en effet couper le mal dans ses racines.

Dans le chapitre de l'hérédité, nous avons vu que — toute question doctrinale mise à part — les aliénés naissaient généralement d'individus aliénés comme eux, ou plus souvent encore de malades atteints profondément dans la structure ou le fonctionnement de leur système nerveux (névropathes), ou dans leur nutrition (intoxiqués, tuberculeux, arthritiques, etc.). Certes, tout est bien obscur encore dans cette question. Si on a relevé les antécédents des psychopathes, on n'a pas encore essayé de déterminer dans quelle proportion les maladies graves, qui y figurent d'habitude, se présentaient dans les familles de gens sains; et il est bien fâcheux que ce terme de comparaison nous manque.

Pour l'établir, il faudrait opérer le recensement des familles et celui des maladies graves, mentales, nerveuses et autres. On pourrait alors se faire une idée, par la proportion des tares dans chaque groupe, de ce qu'est une famille normale et saine, et de ce qu'est une famille morbide.

Mais quelles difficultés dans l'exécution de ce plan !

Quels sont les membres qui constituent une famille ? S'arrêterait-on à la 2e, à la 3e génération en ligne droite, pour les ascendants et descendants ; au 2e, au 3e, au 4e degré, en ligne collatérale ? Ensuite tel qui est le cousin dans une famille, est le centre d'une autre ; chacun figurerait donc plusieurs fois. On pourrait peut-être se contenter de constituer des groupes plus simples et composés de la sorte : chaque génération (frères et sœurs), formerait avec les deux qui l'ont précédée (parents et grands-parents), une unité familiale où l'on suivrait la transmission des tares biologiques en ligne directe durant 3 stades de reproduction. De la sorte on se rendrait compte de la fréquence plus ou moins grande des tares familiales et dans quelle proportion elles se transmettent.

Qui ne pense que ces tableaux seraient d'une très grande valeur pour les médecins et les hygiénistes qui pourraient en tirer des conclusions pratiques et importantes. Ils montreraient jusqu'à quel point et de quelle façon certaines maladies sont héréditaires, et surtout — étude presque toujours négligée actuellement — jusqu'à quel point et de quelle façon elles ne le sont pas. Car il est curieux qu'on ne s'occupe pas en général des faits négatifs, et cependant ce sont peut-être les plus nombreux. Un psychopathe a plusieurs enfants : souvent il n'y en a qu'un sur 4 ou 5 qui naît avec des défectuosités physiques ou mentales. Pourquoi ? On se rappelle le cas de M. Joffroy rapporté plus haut.

Mais qui aurait la charge d'établir ces tableaux ? Pour qu'ils aient quelque utilité, il faut qu'ils soient faits avec soin et notamment que les éléments en soient rassemblés par les médecins. Or ne pourrait-on pas créer un *livret sanitaire* pour chaque individu vivant en France ? Ce livret serait conservé au centre de l'arrondissement et confié à l'autorité administrative. Pour dépister les indiscrétions des employés subalternes, on ne mentionnerait pas les noms des titulaires, remplacés par des numéros dont quelques chefs de service régionaux connaîtraient seuls la clef. Les médecins seraient tenus de faire la déclaration de certaines maladies classées, comme ils sont obligés aujourd'hui d'informer les autorités des maladies contagieuses qu'ils observent. Quelles richesses

de faits que cette simple mesure administrative accumulerait, et quel parti en pourraient tirer des médecins chargés de rassembler et de grouper ces documents ! Je crois que ce sont là des raisons suffisantes pour justifier l'adoption d'une pareille mesure.

Mais cela n'est qu'un désir probablement bien loin d'être réalisé. Ne peut-on pas, en attendant que cela arrive, se servir des matériaux que nous possédons pour en tirer quelques considérations pratiques et nettement établies sur le mariage ? Or, il faut tout d'abord déclarer que nos connaissances en matière d'hérédité ne sont pas assez sûres pour légitimer la réclamation d'aucune loi tendant à interdire l'union de certains malades. On a plusieurs fois demandé par exemple que les épileptiques ne soient pas autorisés à se marier. Mais l'épilepsie chez l'ascendant est-elle, toujours et forcément, cause de la procréation d'êtres tarés? Il est impossible de soutenir une telle proposition, qui ne peut pas être la base d'une défense matrimoniale pour toute une classe de citoyens.

On ne saurait donc songer à introduire dans le Code aucune disposition nouvelle dans ce sens. Cependant il est d'autres moyens propres à rendre plus difficile que par le passé le mariage d'individus atteints de tares personnelles ou familiales. Je ne fais que citer l'influence du médecin qui peut s'exercer efficacement dans les rares cas où il est consulté ; mais on peut désirer des garanties plus grandes.

Qu'est-ce, en somme, que le mariage, sinon un contrat, fait par deux individus de sexe différent, dans le but de la propagation de l'espèce? Or il faut que chaque individu contractant s'engage en toute connaissance de cause, c'est-à-dire sache les chances qu'il a de mener à bien avec son collaborateur, l'affaire dans laquelle ils vont s'engager tous deux, c'est-à-dire d'avoir des enfants constitués le mieux qu'il soit possible. Si l'un des deux sait avoir des antécédents morbides graves et qu'il les avoue, l'autre peut accepter cette situation, et l'État n'a malheureusement pas à intervenir, étant donné notre conception moderne de la liberté individuelle. Mais si ces antécédents sont cachés *sciemment*, il y a tricherie dans le contrat, qui peut de la sorte être annulé.

Il semblerait donc juste que les particuliers aient recours, en cas de mariage, sur la partie contractante convaincue de mensonge ou de non-déclaration réfléchie ; l'ignorance serait bien entendu une excuse légale.

Le divorce, c'est-à-dire la renonciation de procréer dans des conditions manifestement mauvaises, serait la première réparation demandée. Mais il en est une autre, qui engagerait bien davantage les individus. Le résultat ordinaire des unions avec des sujets mal doués au point de vue biologique est la naissance d'êtres plus ou moins incapables de gagner leur vie et par conséquent susceptibles de mourir précocement ou de traîner dans de longues maladies et alors de retomber à la charge des parents. Dans tous ces cas, il n'est pas admissible qu'un des deux époux inflige à l'autre ces souffrances morales et ces dépenses pécuniaires sans être obligé judiciairement de lui accorder des dommages-intérêts. Il serait donc juste qu'une disposition légale admît l'obligation, pour les fiancés, de se déclarer mutuellement — quand ils la connaissent — l'existence des tares personnelles ou familiales, et cela sous peine de divorce et de dommages-intérêts, que l'époux trompé pourrait demander. Il serait nécessaire de protéger cette déclaration contre des indiscrétions ultérieures en en interdisant formellement la divulgation.

D'autres réflexions viennent naturellement quand on cherche des moyens d'assurer le mariage contre les surprises pathologiques. Pourquoi ne pas l'assimiler à un contrat passé avec une compagnie d'assurances ? On sait que les compagnies de ce genre imposent à leurs clients la visite de leurs médecins, qui sont relevés de la sorte du secret professionnel. Le mariage est un contrat aussi ; et je ne sais pas pourquoi les parties ne se soumettraient pas à la même obligation. La crainte de la visite médicale ferait rompre bien des pourparlers qui aujourd'hui aboutissent malheureusement à des unions regrettables.

Des sentiments de générosité, certainement nuisibles au bien de l'espèce, ont fait voter, dans la loi de divorce, un article indiquant que l'aliénation mentale ne pouvait pas être invoquée comme une cause de séparation définitive. Il faut rendre hommage aux bonnes intentions des défenseurs de cette proposition qui voulaient

protéger l'infortune. Et cependant, au point de vue supérieur de la défense sociale, de la prospérité de la nation, ce sentiment est certainement dangereux. Mais sans désirer qu'on revienne complètement sur cette mesure philanthropique, il serait possible de demander que les alcooliques, les ivrognes endurcis qui auraient été condamnés pour ivresse ou enfermés un certain nombre de fois dans un asile d'aliénés, soient déchus en quelque sorte de leurs droits d'époux et puissent être abandonnés par leurs conjoints. Chacun sait, en effet, quelle est la descendance réellement effrayante des alcooliques, et combien il serait désirable de la restreindre le plus possible. N'y aurait-il pas quelque justice à autoriser et même faciliter, par un secours pécuniaire, la femme d'un ivrogne, qui la bat et ne travaille pas, à se débarrasser d'un homme qui lui fait mettre au monde des enfants débiles de corps et d'esprit, voués aux névroses convulsives et à tous les stigmates de la dégénérescence physique et mentale.

C'est par tous ces moyens qu'on pourra arriver à diminuer, d'une façon notable, le nombre des cas de folie ; car la meilleure mesure prophylactique à opposer à l'aliénation mentale, c'est encore d'empêcher la procréation d'êtres susceptibles d'y tomber.

Mais les prédisposés à la folie sont nés — on ne les empêchera jamais tous de venir au monde — ; il s'agit maintenant de les protéger contre l'action des causes occasionnelles si nombreuses. C'est d'abord le rôle de l'éducation, qui a parfois une si grande influence sur le développement des psychopathies. Une instruction saine et solide, d'où tout mysticisme est banni, où les grands problèmes religieux sont envisagés comme des questions d'histoire, est nécessaire à l'esprit des prédisposés, qui seront ainsi dirigés vers des vérités claires et dépouillées de tout l'extraordinaire qui attire si facilement les cerveaux mal équilibrés. Mais se sont là des principes qui regardent plus l'individu que la société, dont l'action ne peut guère s'exercer jusque-là.

2. Misère. — L'État a cependant bien des devoirs à remplir dans la prophylaxie des vésanies, laquelle se rattache aux plus hautes questions sociales. Il doit supprimer la misère, cette véritable maladie, cause de tant d'autres. Pour se bien porter, il faut se

nourrir suffisamment, se vêtir selon la saison, être propre, ne pas travailler au-dessus de ses forces et être plus ou moins exempt de soucis. Toutes ces conditions manquent au malheureux dont le le cerveau succombe aussi plus facilement qu'un autre à toutes ces excitations morbides. La misère est si fréquemment l'origine des psychopathies, qu'un des grands soucis du médecin d'asile est de savoir dans quel milieu, fortuné ou non, va tomber l'aliéné guéri qu'il met en liberté. Le plus souvent, les rechutes sont occasionnées par le dénûment avec son cortège de maux physiques et de souffrances morales.

Le paupérisme est la cause de l'alcoolisme, comme la plupart des auteurs l'ont écrit. Le bourgeois aisé ne sent pas le besoin de boire, car il est bien nourri, il n'a pas le souci perpétuel du lendemain, et ses occupations le garantissent de l'oisiveté, où de plus riches entretiennent leurs vices. Comme le disait le Pr Joffroy sous une forme paradoxale, il faut être riche pour ne boire que de l'eau à ses repas. Car les abstinents mangent beaucoup et les vivres coûtent trop d'argent et de temps pour les malheureux. Il faudrait que la Société garantît à chaque citoyen, et d'une façon imprescriptible, un minimum de confortable ; assurer cela, ce serait protéger la race humaine, qui vaut bien qu'on fasse pour elle ce qu'on a fait pour tant d'espèces animales.

La misère est en outre mauvaise conseillère, et les prostituées ne se rencontrent pas d'ordinaire dans les classes aisées. Or la vie de fille publique peut se caractériser par 3 termes : surmenage, alcoolisme, vérole, trois facteurs puissants des troubles mentaux. On se rappelle que c'est dans ce milieu que l'on trouve le plus grand nombre de paralytiques générales.

A côté des misérables vivent les déclassés, qui mènent une vie irrégulière, où les déceptions fréquentes et l'impossibilité habituelle de subvenir aux premières nécessités de l'existence sont des vents de folie bien dangereux pour des esprits vacillants. Mais pour ceux-là, on est bien souvent désarmé. Tel est un raté parce qu'il a une certaine débilité mentale, une certaine déséquilibration intellectuelle, qui s'accommodent mal des efforts soutenus, rendus aujourd'hui nécessaires par l'encombrement et la difficulté de toutes les carrières. Pour ces débiles orgueilleux, ne pourrait-on

ouvrir à leurs activités des débouchés loin de la métropole, dans des milieux nouveaux, où leurs défauts seraient moins dangereux et peut-être même utiles. Mais n'est-ce pas un rêve que de demander tant de choses et surtout l'extinction du paupérisme? En attendant, ne pourrait-on donner une impulsion plus vive à des réformes sociales plus aisées à accomplir, au développement de l'assistance et à l'extension de l'hygiène publique par exemple. Aider les vieillards, les veuves et les enfants misérables, les rejetons d'ivrognes ou de névropathes, voilà une noble et utile tâche. On empêcherait bien des cas de folie de se manifester, et l'on redresserait bien des tempéraments morbides, prêts d'éclore en floraisons psychopathiques au milieu de la misère et des vices.

3. Maladies infectieuses. — L'hygiène peut rendre des services tout aussi importants, en débarrassant un pays civilisé et instruit de la plupart des maladies infectieuses, occasions fréquentes de troubles mentaux. L'obligation de la vaccine, la déclaration des maladies contagieuses, l'assainissement des villes, voilà les mesures les plus propres à diminuer progressivement le nombre des états infectieux. De leur côté, les chirurgiens, en diminuant les cas de septicémies, ont rendu de très grands services. Des accoucheurs ont cru remarquer qu'ils observaient, moins souvent qu'auparavant, des cas de folie puerpérale, fait qui a été expliqué plus haut.

Mais il existe une maladie infectieuse, la *syphilis*, qui est, parmi toutes les autres, la plus fréquente et la plus dangereuse par sa facilité à éveiller les troubles nerveux. On a vu que son rôle dans l'étiologie de la paralysie générale est considérable. Les moyens qu'on a proposés pour éteindre la vérole, visent tous plus ou moins la règlementation de la prostitution, question des plus délicates et dans laquelle je ne veux pas intervenir. Mais je crois que toutes les mesures de police, les inspections, les emprisonnements n'auront jamais de très grands résultats. Ce qu'il faut, c'est donner à une femme seule le moyen de vivre sans être obligée de se prostituer. Plus instruite, plus fortunée, elle se donnera moins souvent, et, malade, voudra et pourra se soigner davantage. Faites-la l'égale économique de l'homme; il est certain qu'elle sera génitalement plus sage que lui, car elle est naturellement plus froide. En attendant

cet âge d'or, peut être assez proche, il est indispensable de soumettre à la surveillance médicale toutes les prostituées, comme d'autres marchandises sont justiciables du laboratoire municipal.

Il est nécessaire aussi d'empêcher le plus possible la prostitution libre, et, pour cela, de favoriser les maisons officielles de débauche, où la surveillance est plus facile. Là on pourrait peut-être charger et au besoin obliger la patronne, généralement exercée, de refuser tout individu qui ne lui paraîtrait pas en parfaite santé. Elle se tromperait quelquefois, tantôt dans un sens optimiste — ce qui ne détruirait pas le bien de ces diagnostics exacts — et tantôt dans un sens pessimiste — ce qui serait, après tout, un petit malheur pour l'innocent condamné injustement... à l'abstinence.

4. Intoxications. — Il appartient à l'hygiène d'empêcher l'empoisonnement de milliers d'individus par des substances toxiques qui déséquilibrent parfois leur cerveau et frappent plus facilement encore leurs descendants.

*a*) *Alcoolisme.* — C'est une lèpre de la société moderne, qui envahit peu à peu tous ses membres et finira, si on ne réagit pas violemment, par détruire ou paralyser les meilleurs de ses organes. On a vu les méfaits de l'alcool. Il est le principal facteur de la folie, et peut-être de la paralysie générale ; à Paris, on rencontre son action dans le tiers des cas d'aliénation mentale qui surviennent chez l'homme. Il ne se contente pas de produire chez l'individu les maladies les plus variées et les plus graves, parmi lesquelles les troubles cérébraux ; mais il agit sur la descendance des buveurs, dont les rejetons sont frappés par les stigmates physiques et moraux d'une dégénérescence évidente. Tout le monde sait cela ; car les travaux autorisés sur cette question sont nombreux. Et aucune mesure sérieuse n'est prise (1).

(1) La Chambre vient de voter (juillet 1895) une excellente loi, qu'il serait désirable de voir accepter par le Sénat, et qui comprend les articles suivants : dégrèvement de l'impôt sur les boissons hygiéniques (vin, cidre, etc.) ; augmentation de l'impôt sur l'alcool ; interdiction des essences (absinthe, etc.), reconnues mauvaises par l'Académie de médecine ; disposition prévoyant le monopole de la rectification de l'alcool.

Les moyens qu'on a proposé d'employer contre la marche envahissante de l'alcoolisme, sont nombreux. Ils ont été exposés dans divers travaux, dont le plus récent et celui qui résume le mieux la question, est celui de M. Legrain (1). Ils peuvent se classer en deux groupes : ceux qui visent l'alcool, et ceux qui visent l'alcoolique.

Le remède le plus simple qui vienne à l'esprit est de prohiber absolument l'usage de l'alcool, puisqu'il est reconnu que c'est là un produit qui n'est nécessaire ni à l'alimentation ni à la thérapeutique, et qui est au contraire dangereux. Une loi qui, tout en respectant les droits de l'industrie et de certaines professions, interdirait la vente ou le dépôt de tout alcool de consommation, aurait les résultats les plus sûrs. Plus d'alcool, plus d'alcoolisme. *A priori* cette loi paraît une utopie irréalisable. Or elle a été édictée et appliquée dans certains États de l'Amérique du Nord. J'ignore les conditions dans lesquelles cette expérience a été faite ; je sais seulement que les pharmaciens ont été accusés de favoriser les penchants des buveurs en leur vendant de l'alcool sous forme médicamenteuse. Je ne veux retenir que ce fait qu'un État a pu concevoir la nécessité et la possibilité d'une loi prohibant l'alcool de consommation.

Certes, ce n'est point demain que l'on pourrait faire voter en France une pareille interdiction légale. Il faut d'abord préparer les esprits par la parole et la plume ; il faut transporter, devant le grand public, ces préoccupations qui actuellement ne sortent guère d'un milieu fermé de savants et de législateurs. Le livre, la conférence, l'image, tous les moyens qu'on a employés pour créer de grands mouvements politiques, seraient nécessaires pour faire comprendre à la foule le danger permanent et très grave de l'alcoolisme.

Il est plus facile de provoquer dans les collectivités un élan de

(1) Legrain. *Dégénérescence sociale et alcoolisme*, ouvr. cité. — Ce livre contient, outre les vues personnelles de l'auteur, celles de M. Magnan, dont on connait la haute compétence dans cette question. — Consulter aussi l'excellent rapport de M. Ladame, au Congrès des aliénistes et neurologistes (Session de Clermont-Ferrand, 1894), et enfin la savante et très documentée leçon de M. le Pr Joffroy. Alcool et alcoolisme. *Gaz. des Hôpitaux*, 1895, 237. — Lancereaux, Académie de médecine, 1895. — Lannelongue. Discours à la Chambre des députés, juillet 1895. — Laborde, Bergeron, Magnan, etc. Discussion à l'Académie de médecine, juin et juillet 1895.

foi que de les convaincre de vérités scientifiques. Aussi la foule comprendra mieux une proposition simpliste, prohibant absolument le poison alcool, que la nécessité de supprimer le privilège des bouilleurs de crû ou de ne livrer aux consommateurs que des produits ayant subi une suite de manipulations complexes tendant à les rendre moins nocifs. En outre tant d'intérêts particuliers sont opposés à ces mesures qu'il faudra un impétueux mouvement d'opinion pour les réduire au silence.

Mais l'heure n'est pas encore venue pour cette réforme radicale. D'autres, plus modérées, sollicitent aujourd'hui l'attention des médecins et des hommes politiques. Puisque donc on ne peut empêcher la consommation de l'alcool, il faut essayer de la restreindre, et d'abord la rendre moins dangereuse en n'autorisant que la vente des meilleurs produits.

On sait que les alcools industriels sont des corps complexes, contenant à des degrés divers et selon leur provenance, des alcools dits supérieurs, très toxiques. On sait aussi que l'alcool éthylique pur n'est pas ou que peu nocif. La conclusion s'impose donc de ramener tous les alcools du commerce au type de l'alcool éthylique le moins dangereux. Elle s'appuie sur des expériences très originales et absolument probantes, poursuivies par MM. Laborde et Magnan (1).

Ces savants ont tout d'abord essayé l'action de l'alcool de vin, comparativement à celle de l'alcool de betterave et de maïs, c'est-à-dire d'un alcool industriel commun. Ces derniers ont provoqué des symptômes d'ivresse beaucoup plus graves que le premier. Ensuite tous les trois ont été convenablement rectifiés et transformés en alcools éthyliques, qui ont déterminé chez les animaux des symptômes sensiblement les mêmes et analogues à ceux provoqués par l'alcool vinique pur, ce qui prouve qu'un alcool de mauvaise provenance peut être ramené au type physiologique et toxique de l'alcool éthylique, le moins dangereux. Comme contre-épreuve, les résidus des diverses distillations ont été essayés. Ils devaient *à priori* contenir les agents qui rendent nocifs les composés industriels ; et en effet, leurs effets ont prouvé cette légitime conclusion.

(1) Laborde et Magnan. *L'Alcool et sa toxicité*, ouvr. cité.

Il faut donc que l'alcool subisse la rectification avant d'être vendu (1). Qui la fera? C'est ici que l'on discute. Les uns veulent que ce soit l'État ; c'est ce qu'a proposé récemment à la Chambre M. Guillemet. Les autres (M. Ballet), faisant remarquer que l'État est un excellent contrôleur, mais un mauvais industriel voudraient qu'il se contentât de surveiller l'opération. M. Alglave (2) a proposé un autre système, d'après lequel l'État achèterait au producteur l'alcool, qu'il n'accepterait qu'après en avoir vérifié la rectification ; après cela, il le vendrait aux consommateurs, comme il le fait pour le tabac, en le garantissant pur. D'autres enfin, ont demandé que l'État se charge même de la fabrication de l'alcool.

Ce sont là des problèmes bien difficiles, qu'on ne peut résoudre qu'après une étude approfondie, où il entre l'examen de questions financières très spéciales.

Pour nous, médecins, nous n'avons qu'à demander que l'alcool ne soit vendu que rectifié. Il nous importe peu après tout qu'il le soit par l'action même ou seulement sous le contrôle de l'État, et que ce dernier fabrique lui-même les produits ou encore les achète aux producteurs, tout purifiés ou à purifier.

Quelque solution que l'on adopte, il est clair qu'une des conséquences de tous ces projets, c'est la suppression des bouilleurs de crû qui produisent, par ignorance et insuffisance de matériel, les alcools les plus impurs et par conséquent les plus dangereux.

Mais ce n'est pas tout que de fournir au public un alcool meilleur ; il faut essayer d'en restreindre la consommation. Pour cela, on a proposé d'élever considérablement l'impôt qui frappe ce produit (M. Léon Say, M. Magnan). Or il est évident que la surtaxe de l'alcool ne peut avoir de bons résultats que si l'on empêche que la mauvaise qualité croisse parallèlement ; il semble donc que ce moyen ne pourra avoir d'heureux résultats que tout autant que la rectification de l'alcool sera assurée et que les bouilleurs de crû, les fraudeurs ordinaires, seront interdits.

(1) Joffroy. *Alcool et Alcoolisme*, ouvr. cité, 244.

(2) Alglave. *Le monopole facultatif de l'alcool*, 1886.

On joint généralement à ce projet celui de dégrever les boissons dites hygiéniques. Bien des réserves doivent être faites sur ce point. Car si le vin naturel et le cidre méritent plus ou moins le titre d'hygiénique, la plupart des bières ne peuvent y prétendre. Le dégrèvement du café, du thé et du sucre, serait plus justifié. Je proposerai à ce sujet que l'on mît au concours la fabrication d'une boisson réellement inoffensive et douée de propriétés organoleptiques telles qu'elle pût lutter efficacement, dans les établissements publics, contre les boissons habituelles. Il est curieux qu'on ne se soit pas encore inquiété de cela. Tout le monde sait que la plupart des gens prennent au café des liqueurs alcooliques, parce qu'ils ne savent que boire. Que l'on crée une *consommation réellement agréable*, qu'on la prime et qu'on aide à sa propagation par la réclame que l'État peut aisément faire, et l'on aura apporté dans la lutte contre l'alcool un adversaire des plus redoutables.

La limitation et même la diminution progressive des cabarets est une des mesures sur lesquelles il ne faut pas trop compter. L'ivrogne fera, pour boire, quelques pas de plus ou aura chez lui sa bouteille.

Parmi les moyens moraux, on a proposé d'appliquer plus sévèrement la loi sur l'ivresse. L'objection que la plupart des ivrognes sont des malades n'est pas suffisante pour interdire toute répression. Car il n'est pas irraisonnable d'essayer de triompher d'un vice par des suggestions, et la condamnation à une peine légale en est une des plus puissantes. Mais toutefois il serait peut-être plus équitable, ou moins répugnant aux sentiments philanthropiques si développés aujourd'hui, de sauvegarder la Société par un mode d'assistance particulier (étudié plus loin) qui remplacerait le violon tout en mettant le buveur dans des conditions capables de le corriger de ses fâcheuses habitudes. La déchéance légale du père ivrogne, l'intempérance habituelle pouvant être réclamée comme cause de divorce, voilà des mesures de protection sociale d'une utilité incontestable. Enfin la relégation hors de France, des alcooliques incorrigibles serait encore une mesure heureuse, si toutefois l'on s'occupait de faire travailler les relégués, pour qu'ils ne restent pas à la charge de la métropole.

Il resterait encore à agir sur le buveur par l'exemple, les con-

seils, l'aide sociale dans les moments difficiles. C'est le but que se proposent les sociétés de tempérance qui seraient, parait-il, assez puissantes à l'étranger. M. Puteaux (1) a observé en Suisse, où le Dr Forel est un apôtre éclairé, le fonctionnement de ces associations intransigeantes et religieuses qui font beaucoup de bien, à cause même du fanatisme qui les anime. En France, l'esprit est trop libéral, trop sceptique, disons le mot : trop gouaillleur, pour que des sociétés de ce genre aient une pareille autorité. Mais en en modifiant l'esprit, pourquoi n'obtiendrait-on pas des résultats analogues?

Je crois fermement, que l'on pourrait agir sur l'esprit des ivrognes en leur prônant l'abstinence absolue, car en cette matière les demi-mesures sont inutiles. Leur montrer que l'on se porte très bien en ne buvant que de l'eau, que l'on est doué d'une meilleure énergie, d'un entrain plus grand au travail intellectuel comme au travail physique, c'est encore faire la guerre la plus meutrière à l'alcool. Et je comprends qu'en ces croisades on gagne vite la foi. Pour moi, qui suis ce qu'on pourrait appeler un abstinent héréditaire, et qui, après avoir bu du vin durant mes années d'étudiant, me suis remis à l'eau pure, source de toute force et de toute santé, je me sens parfois, quand je cause de ces sujets, une ardeur vraiment sectaire. Et je suis étonné de reconnaître là le vieux mouvement des fois défuntes, qui, dans une nouvelle et plus prosaïque manifestation, se dirige aujourd'hui vers la carafe d'eau obligatoire.

*b*) *Morphinisme.* — Par bien des côtés les morphiniques se rapprochent des alcooliques. Les mêmes asiles leur conviennent. Mais en négligeant complètement ce point de vue prophylactique de cette intoxication volontaire, on peut se demander quelles autres mesures plus préventives seraient à conseiller. Ce qu'il faut obtenir, c'est empêcher les gens sains de s'adonner à la morphine. Il est bien clair que si personne ne pouvait acheter de la morphine que sur une ordonnance médicale, le problème serait résolu aussitôt (2). Malheureusement, il n'est pas facile, pratiquement, d'empêcher les morphiniques de se procurer leur poison. On

(1) Puteaux. *Étude sur l'alcoolisme en Suisse*, 1894.

(2) Ed. Toulouse. Les Morphiniques, *Gaz. des Hôpitaux*, 1892, 266.

connaît la ruse de ces malades, les stratagèmes qu'ils emploient pour obtenir quelques centigrammes du précieux alcaloïde (1). Les mensonges, les faux, les bassesses les plus honteuses, rien n'arrête ces malheureux.

Comment les morphiniques se procurent-ils leur aliment ? MM. Lutaud et Descouts (2), qui ont étudié ce point spécial, croient que les pharmaciens sont de moins en moins portés à délivrer de la morphine irrégulièrement, c'est-à-dire sans ordonnances ou sur des ordonnances ayant déjà servi. Des condamnations sévères, et aussi une plus juste conception de leur devoir, les ont rendus plus circonspects.

Mais, outre les pharmaciens qui vendent de la morphine en quantité plus ou moins grande, certains droguistes et fabricants peu scrupuleux distribuent généreusement au public des quantités considérables de cet alcaloïde. Le Congrès international de médecine légale de 1889 a vu là un abus criant et a émis le vœu suivant :

1° Les droguistes et les fabricants de produits chimiques et pharmaceutiques ne peuvent vendre de la morphine et de la cocaïne qu'aux pharmaciens ; la livraison des toxiques ne peut avoir lieu qu'à domicile.

2° Les pharmaciens ne peuvent exécuter qu'une seule fois, à moins de mention contraire inscrite par le médecin, une ordonnance contenant de la morphine ou de la cocaïne. Malheureusement, ces vœux, comme tant d'autres, sont restés stériles, et aucune modification n'a été apportée à l'ordonnance de 1846, qui réglemente la vente en gros des toxiques et dont la seule exécution rigoureuse empêcherait déjà les principaux abus. Cela est regrettable, car les moyens proposés par le Congrès sont les seuls propres à enrayer l'extension du morphinisme.

Les autres moyens conseillés (3) sont aléatoires. On a dit qu'il

(1) M. Joffroy en citait, dans une de ses dernières leçons, des exemples réellement curieux.

(2) Lutaud et Descouts. *Questions médico-légales relatives à l'abus de la morphine*, Rapport présenté au Congrès international de médecine légale de 1889.

(3) Lefèvre. De l'internement des morphinomanes, *Ann. d'hypn. et de psychiât.*, mars 1891.

fallait considérer le fait de se faire une piqûre de morphine, sans autorisation médicale, comme un délit assimilable à l'ivresse. Or, pratiquement, il serait impossible de constater le délit. En outre, si la répression de l'ivresse a une excuse dans le désordre public que cause un homme ivre, celle du morphinisme ne peut avoir ce prétexte.

On a proposé de frapper la morphine d'un lourd impôt. Mais c'est là un médicament précieux, dont il serait peu démocratique d'élever le prix. Si on adoptait cette mesure, le morphinisme ne serait plus qu'une maladie des riches ; et encore n'est-il pas bien certain que le coût élevé du médicament ait pour résultat d'en dégouter les pauvres. Il est bien plus simple d'empêcher la vente clandestine de la morphine que de prendre un moyen détourné, qui frapperait aussi bien les malades, qui ont réellement besoin de ce médicament, que les personnes qui s'en servent pour s'intoxiquer. Il y a là un procédé sûr et qui serait parfaitement efficace pour enrayer le mal. On conçoit que pour l'alcool, qui est un objet de consommation publique, on ne puisse prendre facilement des mesures protectrices absolues. Mais la morphine est un médicament. Que, dans aucun cas, elle ne soit vendue aux simples particuliers en dehors d'une ordonnance médicale (1), et du coup, le morphinisme sera bien près de s'éteindre.

(1) M. Joffroy, dans la leçon que je rapportais plus haut, citait de nombreux cas où le coupable inconscient était le médecin qui, maladroitement, avait fait la première piqûre. Toutefois il faut dire que les médecins tendent aujourd'hui à devenir très prudents en cette matière.

# CHAPITRE II

## MESURES D'ASSISTANCE

1. Les Asiles. — Avec leurs hautes murailles, nues et grises, leurs bâtiments qui s'éloignent du pavillon central dans un alignement sévère, et leur lourde grille d'entrée, nos asiles ressemblent à des prisons. On croirait voir des établissements pénitentiaires, construits avec le confortable moderne, planté d'arbres pour ombrager les promenades des détenus, et dont les chambres, bien éclairées, seraient destinées à des criminels peu dangereux. A l'intérieur, la surveillance étroite du personnel, le nombre des portes, qui ne sont jamais qu'entrebâillées, le bruit incessant des clefs promenées dans les corridors, les quartiers d'agités, divisés en cellules petites et obscures, les cours intérieures qui évoquent le souvenir des préaux des maisons centrales, les camisoles de force, les maillots, les ceintures et les cadenas encore trop répandus, tout manifeste la crainte continuelle d'une évasion et l'habitude d'une discipline générale appliquée sans discernement.

Il faut reconnaître que ces établissements, qui jouissent d'une si mauvaise réputation dans la foule, ne sont plus en harmonie avec le libéralisme et l'esprit de tolérance de notre époque. Ce mode d'assistance des aliénés, qui, hier encore, représentait un progrès notable, ne doit plus être, comme il l'a été jusqu'à ce jour, le seul moyen de secourir l'infortune mentale. A mesure que l'hospitalisation devient plus large, les établissements publics destinés au traitement de la folie s'emplissent de personnes qui ne sont là nullement à leur place. Des alcooliques en grand nombre, des aliénés criminels ou de simples vicieux, des incurables inoffensifs

des imbéciles, des paralysés, envahissent les asiles, qu'ils transforment peu à peu en de vastes lieux de refuge, où la discipline, rendue nécessaire par le nombre des hospitalisés et la turbulence vicieuse de quelques-uns, pour lesquels elle ne serait même pas assez sévère, pèse trop lourdement sur d'autres pensionnaires inoffensifs.

Or, beaucoup de ces malades seraient mieux placés ailleurs : les alcooliques dans des hôpitaux spéciaux où l'on combattrait énergiquement leurs penchants et où on les soumettrait à un travail salutaire. Les sujets surtout vicieux doivent profiter d'un mode d'assistance plus sévère. D'autres pensionnaires tranquilles et nullement dangereux pourraient être confiés à des familles qui, tout en les surveillant, leur feraient partager une existence plus ouverte et plus libre. D'autres, des débiles intellectuels, des convalescents, pourraient être rendus à la vie sociale, si on les aidait à trouver du travail, si on les protégeait contre les préjugés du public, à leur sortie de l'asile. Ces deux dernières questions, l'assistance familiale et le patronage des aliénés, préoccupent beaucoup les esprits. Avant de les exposer, je dirai préalablement comment se sont formés les asiles, ce qu'ils sont et ce qu'ils devraient être ; les asiles spéciaux seront aussi brièvement étudiés.

La conception d'établissements spécialement destinés aux aliénés, est une idée toute moderne. Dans l'antiquité, les fous étaient libres ; inspirés par les dieux, prédisant l'avenir, ils erraient au milieu de tous, sympathiques et même respectés.

Au moyen âge, les aliénés mêlaient encore la religion à leur délire, mais celui-ci prit une couleur plus sombre. Leur inspiration s'était changée en possession. Aussi les fous perdirent toute sympathie et devinrent l'objet de la répulsion universelle.

Vers le XVII[e] siècle, et sous l'impulsion de Saint Vincent de Paul, ils furent recueillis et placés dans des dépendances d'hôpitaux inhabités et, le plus souvent, inhabitables, dans des dépôts de mendicité ou dans des maisons religieuses. Mais leur sort ne fut pas pour cela amélioré. Un préjugé terrible pesait encore sur eux, et leur condition était aussi misérable que celle des pires criminels.

Pour avoir une idée de la façon dont ces malheureux étaient maltraités au commencement de ce siècle, il faut lire le mémoire

qu'Esquirol (1), en 1818, présenta au ministre de l'intérieur sur cette question. Les aliénés occupaient partout les locaux les plus malsains, les plus humides et les plus délabrés. Lorsque des hospices avaient des quartiers de force, c'est là que les fous étaient jetés, confondus avec les prisonniers, et les femmes mêlées aux filles de mauvaise vie. Les cellules, où on laissait les furieux durant des mois et des années, étaient de véritables cachots, sans air, sans lumière, pavées comme les rues, et quelquefois placées dans des souterrains. L'air ne se renouvelait souvent que par la porte, qui était presque toujours fermée. Ailleurs, les agités étaient emprisonnés dans des cages « formées de barres de bois disposées en claires-voies sur les six faces ». Presque partout les aliénés, même ceux qui payaient pension, étaient nus, ou à peine couverts de loques immondes, qui provenaient des vêtements hors d'usage des prisonniers. Le plus souvent, ils n'avaient que du pain et de l'eau pour nourriture, et de la paille comme litière. Les moyens de contention des aliénés étaient des plus barbares. Les chaînes, les colliers et les ceintures de fer, étaient très employés, parce qu'ils coûtaient peu d'entretien. « Dans quelques maisons, on distribuait des nerfs de bœuf aux garçons de service ; le trousseau de clefs était dans leurs mains un instrument de correction ». L'usage de ces moyens féroces de contention était d'ailleurs partout en usage en Europe. En Angleterre, le célèbre médecin Monro, interrogé, devant le comité de la Chambre des Communes, si l'on devait attacher les fous, avait répondu « que les gentilshommes ne devaient pas être enchaînés, mais que les chaînes étaient nécessaires pour les pauvres et dans les établissements publics ».

C'est alors que Pinel (2) eut la pensée généreuse de déchaîner ses furieux de Bicêtre. Grande fut la surprise de tous, lorsque l'agitation des aliénés tomba avec leur fers. On commença de comprendre que les fous étaient encore des gens raisonnables, sur lesquels les moyens de douceur avaient plus d'effet que la force brutale, qui ne faisait qu'exagérer leur excitation. Une conception toute différente de la folie s'éleva, et un traitement plus rationnel

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, II, 399 et suiv.

(2) Lire sa biographie écrite par son descendant le Dr Sémelaigne. *Les grands aliénistes français*, 1894, I.

et plus humain fut appliqué à ces malheureux. Mais un grand obstacle demeurait : c'était la répartition des malades dans des lieux si différents, où ils n'étaient, le plus souvent, qu'un embarras. La première mesure à prendre, c'était d'enlever ces malades aux maisons de détention et de construire, pour eux, des établissements spéciaux, où un personnel médical et des gardiens nouveaux leur seraient affectés. Esquirol, qui fut le promoteur de ces idées, employa toute son activité et tout son talent à les faire accepter de l'administration et il y parvint.

Voilà donc quelle a été l'origine de l'asile. Ce mode d'assistance, au rebours des anciens qui visaient d'abord la sécurité sociale, protégeait les fous. Mais il avait un autre but, un but thérapeutique. L'asile était un instrument de traitement, par le fait seul de l'isolement des malades transportés hors de chez eux et amenés dans un milieu nouveau. Tous les aliénistes ont vanté les bienfaits de l'isolement dans le traitement de la folie et ont légitimé ainsi la séquestration qui, par certains côtés, est une mesure répugnante. Déjà le grand médecin anglais Willis avait guéri le premier accès de manie de Georges III, en changeant les meubles des appartements du roi et en le faisant servir par des domestiques étrangers.

L'isolement est le plus souvent nécessaire. Les parents d'un aliéné essayent de combattre ses idées délirantes et n'arrivent, ordinairement, qu'à irriter le malade ; ils manquent aussi de la fermeté nécessaire pour imposer une certaine discipline à son excitation désordonnée. Lorsqu'il refuse de manger, ils n'ont ni l'autorité, ni l'énergie indispensables pour lui faire prendre de la nourriture, au besoin par la force. D'habitude ils se soumettent à tous les caprices du malade, ou, au contraire, essayent de discuter ses fausses conceptions et risquent alors de leur prêter une force nouvelle. Notez qu'en outre, la folie étant très souvent familiale, ce contact continuel avec un délirant est dangereux pour un cerveau prédisposé et fatigué. Mais il y a encore d'autres raisons pour que l'aliéné soit changé de milieu. Très souvent des causes déterminantes de l'accès vésanique sont des revers de fortune, des soucis inhérents à la vie domestique ou professionnelle des malades. N'est-il pas alors prudent de l'enlever complètement à

son milieu, c'est-à-dire de le soustraire à l'action de ces causes morales de sa folie? Enfin certains aliénés méritent une surveillance constante, irréalisable dans leur famille. Ceux qui ont des impulsions violentes au suicide, à l'homicide, ou encore qui sont très agités, doivent être gardés par des gens habitués à cette besogne délicate, et dans des lieux appropriés à cela.

Dans la plupart des cas d'aliénation mentale — on verra tout à l'heure ceux qui n'entrent pas dans cette catégorie — l'isolement est donc nécessaire. Jusqu'à ces derniers temps, il n'a guère été tenté que dans les asiles ; car c'est encore là qu'on pouvait le plus facilement réaliser ses conditions principales. On est étonné de voir combien l'entrée dans un de ces établissements suffit parfois pour abattre l'agitation d'un furieux et rendre doux et obéissant un aliéné turbulent et indocile, et cela sans aucun moyen physique de coërcition. Aussi l'asile a paru longtemps le milieu d'isolement idéal, le seul pratique. Mais cependant il est facile d'enlever l'aliéné à sa maison, à ce qui constitue son milieu morbide, sans être pour cela obligé de le séquestrer dans un asile.

Dans ces derniers temps, on a en effet compris que bien des malades pouvaient être placés ailleurs que dans ces vastes établissements publics. Une campagne vive, surtout en Angleterre, s'est élevée contre les asiles, dont on a fait le procès avec une ardeur qui, il faut l'avouer, est parfois suspecte d'une certaine partialité.

Ce qu'on reproche surtout aux asiles, c'est de descendre, d'une façon très apparente, des dépôts de mendicité et des quartiers de force, qui leur ont légué plusieurs traits de leur organisation. Ils possèdent trop de concierges, trop de portes, trop de clefs, trop de cellules, trop d'instruments de contrainte physique, si bien que Lasègue a pu dire en riant que le fonctionnaire le plus important d'un asile était le portier. Mais la réaction contre les asiles, prisons, s'est faite peu à peu. Au commencement de ce siècle, les malades étaient enchaînés, et cela paraissait une chose nécessaire. Pinel vint, qui brisa leurs fers, et les furieux s'apaisèrent. Et encore substitua-t-on la camisole de force en toile aux

corsets de fer ; car on ne pouvait concevoir un aliéné absolument libre de tout lien. Puis, un médecin anglais, Conolly, eut l'idée de supprimer tout moyen mécanique de contention, créant ainsi le système appelé le *no-restraint*, qui, après bien des hésitations, s'est plus ou moins complètement introduit en France. De même, les douches ont été peu à peu abandonnées comme moyens de coërcition, et les malades n'en sont que plus tranquilles, car toutes les brutalités distribuées sans raison les irritent comme elles irriteraient les gens raisonnables (1).

Enfin, en Écosse, on a créé des asiles dits « aux portes ouvertes », où les malades sortent sur leur simple parole. Ils vont se promener dans les jardins qui environnent l'établissement, et même jusqu'à la ville voisine. On ne surveille que les grands délirants ; tous les autres jouissent d'une liberté presque complète. Et malgré cela, les évasions sont très rares. La vie dans ces maisons y est d'ailleurs très engageante. Pas de mur, mais des grillages coquets autour de l'asile ; les portes sont vitrées, les fenêtres ne sont qne fermées par des glaces. Les sections, nombreuses et petites, communiquent avec des galeries vitrées, trans formées en jardins d'hiver et ornées de palmiers et de cactus (A. Marie). Tous les malades, hommes et femmes, se réunissent pour les collations et le thé, dans un vaste hall, où ils prennent les repas en commun. Ces établissements ressemblent à des maisons privées, et la liberté, l'illusion de la liberté, surtout, est complète.

Mais on est allé plus loin encore. Et ces portes d'asile, qui ne sont qu'entrebâillées, on les a ouvertes toutes grandes pour laisser partir les malades qui peuvent vivre au dehors.

En se débarrassant d'eux, les asiles deviendront peu à peu ce qu'ils auraient toujours dû être, des hôpitaux pour les aliénés aigus ; les médecins, moins débordés, s'intéresseront davantage à eux, et les réformes nécessaires seront plus faciles à organiser.

Que sont donc ces malades qui encombrent aujourd'hui les asiles ?

(1) C'est justement parce que les aliénés se comportent dans bien des circonstances comme des gens sains d'esprit que je combats toute brutalite illégitime ; mais c'est pour cela aussi que je demande, pour certains d'entre eux, une discipline analogue à celle de la vie libre. Le principe de ces deux reclamations apparemment contradictoires est donc le même.

Au début, ces derniers ne recevaient guère que les malades atteints des formes aiguës de l'aliénation mentale, ceux qui s'accommodent le plus facilement de la surveillance rigoureuse de nos asiles, et pour lesquels cette dernière est la plus justifiée. Mais aujourd'hui, l'assistance étant de plus en plus large, les établissements de fous sont encombrés de malheureux imbéciles, épileptiques, déments, paralysés, qui ne ressemblent que de fort loin à des excités maniaques ou à des mélancoliques anxieux, tourmentés par des idées de suicide. Pour se rendre compte de cette différence dans la qualité des hospitalisés, il suffit de comparer la statistique établie par Esquirol, des entrées qui ont eu lieu à Charenton, de l'année 1826 à l'année 1833, et celle des admissions à l'infirmerie du Dépôt, durant la période triennale 1886-1888, publiée par M. le docteur P. Garnier, dans son intéressant ouvrage la *Folie à Paris* (1). En faisant un calcul fort simple, on remarque qu'au commencement du siècle, les malades affectés de démence constituaient les 18 % des entrants, tandis que, actuellement, ils en représentent les 29,7 %. D'autre part, la manie, qui est la forme la plus aiguë de l'aliénation mentale, occasionnait, du temps d'Esquirol, le tiers des admissions (33 %), et aujourd'hui, seulement le quinzième (6,5 %).

Il est intéressant de faire le départ des malades admis actuellement dans les asiles en deux catégories, la première contenant ceux qui sont plus spécialement justiciables des asiles, et la seconde comprenant ceux pour lesquels d'autres modes d'assistance seraient plus ou moins applicables. Si l'on consulte les tableaux de M. P. Garnier, il est facile de voir que, pendant la période 1886-1888, il est entré à Ste Anne, 37,6 % de vésaniques divers (mélancoliques, maniaques, persécutés et dégénérés), et 62,3 % d'alcooliques, épileptiques et déments (y compris les déments paralytiques). On peut, je crois, soutenir sans exagération que la moitié au moins des internés pourraient être

(1) Pour pouvoir comparer les deux statistiques, dont les chiffres sont groupés sous des étiquettes différentes, j'ai été obligé de faire subir quelques petits changements au tableau de M. P. Garnier. C'est ainsi que j'ai opposé au nombre des démences d'Esquirol la somme totale des cas d'affaiblissements intellectuels, de démence sénile et aussi de paralysie générale, relevés par le médecin du Dépôt.

placés ailleurs que dans nos asiles actuels, soit dans des hôpitaux de buveurs, soit dans des hôpitaux de vieillards ou d'infirmes, soit dans des familles, soit encore dans des asiles spéciaux pour les criminels et même les vicieux.

Il y a donc une masse importante de séquestrés, dont le séjour dans nos établissements d'aliénés n'est pas nécessaire et crée, en même temps que des dépenses considérables, des obstacles à une transformation des asiles dans le sens d'hôpitaux ouverts. En outre, cette vie obligée avec d'autres malades plus délirants, et dans un milieu très fortement discipliné, leur est plutôt nuisible; aussi, la plupart expriment incessamment leur désir de quitter ces maisons d'aliénés, où ils sont retenus dans leur propre intérêt, étant incapables de vivre, sans protection, au dehors. Certes, on ne peut soutenir que le contact des fous puisse créer la folie de toutes pièces; mais il est toujours pénible et peut amener certains effets fâcheux. Les agités impressionnent souvent certains malades tranquilles d'une émotivité exagérée. La séparation des aliénés d'après le degré de l'excitation, telle qu'elle a lieu dans nos établissements, n'empêche pas d'entendre les cris des furieux, ni les conversations de propager de quartier en quartier les scènes émouvantes de l'aliénation mentale, et ne peut enfin dissiper cette atmosphère de la folie, insalubre pour des cerveaux mal équilibrés.

Or l'interné, d'organisation intellectuelle toujours vicieuse, est jeté brusquement dans un milieu imprégné de ces miasmes malsains. S'il est lui-même très agité ou dominé par un délire très absorbant, il souffrira peu du spectacle des autres fous, bien que, dans les quartiers de furieux, il est visible que les malades s'excitent les uns les autres. Mais s'il est aux trois quarts lucide, il est à craindre que le contact avec les délirants bruyants ne le trouble. Esquirol lui-même (1), qui croyait beaucoup à la vertu thérapeutique de l'asile, disait : « Mais qui oserait assurer que l'isolement (dans un établissement d'aliénés) n'a jamais été nuisible? Je répondrai franchement oui, l'isolement a nui quelquefois, parce qu'il est de la nature des choses que les meilleures ne soient pas toujours exemptes d'inconvénients. Que conclure?

(1) Esquirol. Ouvr. cité, II, 775.

*Qu'il ne faut point abuser de l'isolement, qu'il ne faut point en faire une application trop générale et trop exclusive, qu'il n'appartient qu'au médecin expérimenté de prescrire* ». On doit ajouter que certains mélancoliques ont une recrudescence de leur délire au moment de l'internement, qui paraît, à leur esprit troublé, une incarcération.

Mais l'asile exerce, par sa vie disciplinée et sans initiative, une influence néfaste sur la plupart des malades, en déprimant leur énergie morale. Déjà les aliénés présentent naturellement une diminution de la volonté et de l'activité. Séquestrés, ils mènent une existence très douce, mais réglementée d'une façon étroite, et vivent, en somme, dans des conditions absolument anti-sociales. Devenus convalescents, ils ne peuvent trouver, dans ce milieu artificiel, les incitations nécessaires pour récupérer leur énergie, indispensable dans la lutte pour la vie qui les attend au dehors. Aussi, les vieux internés, même les plus lucides, deviennent incapables, après un certain temps, de reprendre leur existence passée. Ils sont des enfants en tutelle, qu'il faut constamment diriger ; et ils en arrivent à redouter la liberté, comme le convalescent d'une longue maladie craint l'air vif du dehors, lorsqu'il fait sa première promenade loin de sa chambre.

On a reproché aussi aux asiles d'être des lieux de paresse, où le travail, si utile aux aliénés, ne peut être organisé. On a tenté, cependant, d'annexer à ces établissements des fermes ou certaines entreprises industrielles, mais les résultats n'ont pas été heureux. Les malades forment une compagnie de travailleurs incessamment renouvelés, c'est-à-dire incessamment désorganisés, et pas assez entraînés pour fournir un labeur productif. En outre, tous ne peuvent être occupés au même genre de travaux, et il est impossible d'en créer pour tous ceux, ouvriers, employés ou appartenant aux classes libérales, qui peuplent les asiles.

Enfin un dernier grief formulé contre ces établissements c'est qu'ils marquent d'une tare les malheureux qui y ont été enfermés. Les plus grands intérêts, ceux d'une situation commerciale, d'un emploi, d'un mariage, peuvent être compromis par un séjour à l'asile, et la famille du malade reçoit souvent le contre-coup de cette dépréciation. Il est donc nécessaire de rechercher de nouveaux modes d'assistance, ne comportant pas cette flétrissure

imméritée, et dont on fera bénéficier tous ceux dont la séquestration dans les maisons actuelles n'est pas rendue nécessaire par la violence de leur délire, par le danger qu'ils courent ou qu'ils font courir aux autres.

2. Placement dans les familles. — L'assistance familiale, appliquée aux malades de l'esprit, compte des défenseurs bruyants et des détracteurs systématiques. Pratiquée depuis longtemps dans certains pays étrangers, elle a rencontré en France, une opposition qui semble aujourd'hui s'apaiser. Dans une courte revue qu'il y a trois ans je publiais sur les colonies d'aliénés (1), je mettais surtout en lumière les arguments des opposants, sans avoir moi-même une opinion bien arrêtée. La création d'une colonie à Dun-sur-Auron, sur laquelle je m'étendrai tout à l'heure, et dont il était alors question, sans qu'on connût exactement la façon dont elle devait être organisée, paraissait une tentative hardie et même quelque peu avantureuse. L'évènement semble devoir donner tort aux mauvais pronostics. D'autre part, je suis allé visiter la colonie de Gheel, et je crois qu'on est obligé d'admettre que le système préconisé, s'il n'est pas exempt d'inconvénients, a des avantages sérieux qu'il est juste de reconnaître.

L'assistance familiale réalise l'isolement de l'aliéné, sans recourir à la dure nécessité de la séquestration. Le malade, placé chez des étrangers, se trouve dans des conditions qui se rapprochent de celles de son existence antérieure. Il vit en quelque sorte en liberté, et l'influence démoralisatrice de la discipline des grands asiles est remplacée par cette autre, toute réconfortante, du labeur des gens du dehors. Le malade partage la vie et quelquefois le travail de ses hôtes, se fait d'eux une nouvelle famille qui remplace celle perdue et reprend goût à la vie dans un milieu nouveau, mais point entièrement différent du sien. Il se sent à peine surveillé et a ainsi l'illusion d'une liberté complète, qui le réconforte dans son exil. Il peut croire faire une simple villégiature nécessaire au rétablissement de ses forces morales.

(1) Ed. Toulouse. Les colonies d'aliénés, *Gaz. des Hôpit.*, 1892, 268.

D'autre part, ce contact d'aliénés avec le grand public répand peu à peu des idées plus justes sur ce qu'est le plus souvent un aliéné. On comprend que les fous le sont moins que les profanes ne se l'imaginent ; et le préjugé, si funeste aux intérêts des malades et de leur famille, s'atténue ainsi peu à peu.

Au point de vue financier, l'assistance familiale offre des avantages considérables, qu'il ne faut pourtant pas exagérer. Car, dans certains asiles, à Gand (1) notamment, le prix de journée est inférieur à celui d'une catégorie de malades placés chez des nourriciers de Gheel. L'établissement une fois existant et aménagé, il est plus facile, à prix égal, de procurer un plus grand bien-être à plusieurs centaines de malades, formant une collectivité, que s'ils sont dispersés dans autant de familles différentes. Cependant les frais de construction et d'installation des asiles sont tellement considérables qu'on doit prendre en considération un système d'assistance qui permet de les éviter. Mais l'économie ne doit pas être le seul but à atteindre ; il y a même là un écueil à éviter. Il ne faudrait pas que, sous prétexte de soulager les budgets départementaux, on arrachât des malades à leurs établissements confortables pour les placer dans de pires conditions matérielles.

Les inconvénients reprochés au système du placement familial sont assez nombreux. On a beaucoup écrit sur les mauvaises conditions matérielles dans lesquelles étaient, en certains pays, les aliénés placés chez les étrangers. Mais on pourrait dire que les malades étaient traités au dehors comme dans les asiles, selon les idées plus ou moins généreuses qui inspiraient l'assistance publique aux diverses époques. Les chaînes ont disparu des maisons privées de Gheel, comme des cellules des établissements publics ; et le bien-être est allé en augmentant, chez les particuliers comme dans les hôpitaux. On constate de temps à autre des grossesses chez des aliénées placées à domicile. Ce sont là, des faits très graves. Mais ces accidents, tout regrettables qu'ils soient,

(1) A l'asile de Gand, le prix de journée des malades est de 96 centimes. A Gheel, il est de 84, 94 et 99 centimes, selon la catégorie.

ne doivent pas faire condamner un système d'assistance, s'il est utile à un nombre considérable d'aliénés. Que l'on prenne des mesures de protection plus grandes encore que par le passé et que l'on édicte des peines encore plus sévères pour punir les coupables de ces méfaits ; mais on ne peut cependant supprimer la liberté des autres aliénés, pas plus qu'on ne songe à enfermer toutes les filles mineures, parce que quelques-unes sont parfois débauchées. Les suicides et les homicides sont aussi excessivement rares. A Gheel, depuis le meurtre du bourgmestre de la commune, survenu il y a déjà longtemps, aucun homicide n'a été commis par un aliéné. Le meilleur moyen d'éviter le retour de ces accidents, c'est la surveillance exercée de près par les médecins. Des inspections fréquentes les éclairent sur les idées délirantes et les tendances de leurs malades ; et la présence d'une infirmerie centrale permet la réintégration des aliénés suspects.

Le placement des aliénés à domicile comprend plusieurs modes. Le premier, celui qui paraît le plus naturel, consiste à laisser le malade dans sa propre famille. Comme le fait remarquer M. le docteur Bourneville (1), c'est un système vraiment démocratique. Quoi de plus juste et de plus humain, en effet, que de conserver à l'aliéné son foyer et les siens, en aidant pécuniairement ses parents ! Malheureusement, ce procédé présente, dans la pratique, des inconvénients graves. Un des premiers est de laisser le malade justement dans le milieu où la folie l'a atteint, et où par conséquent, les mêmes causes de dérangement intellectuel peuvent agir sur son esprit. Ensuite les parents, on le sait, sont généralement de mauvais gardiens, ils ont rarement la force de volonté et le sang-froid nécessaires pour soigner leur malade d'une façon raisonnable. Parfois ils sont très pauvres, et il est à craindre que le secours destiné à l'aliéné serve à d'autres usages et ne contribue pas à l'amélioration des conditions matérielles de ce dernier. Enfin ils ne sont pas toujours les gardiens les plus affectueux. Beaucoup de séquestrations illégales signalées ont eu lieu dans les familles mêmes des malades ou par leur volonté (2). Il faut donc

(1) Bourneville. *Arch. de neurol.*, 1892, XXIV, 301.

(2) Parant. De la séquestration des aliénés dans leur famille, *Ann. méd. psychol.*, 1884, XI, 390.

être circonspect et n'étendre l'assistance au domicile même du malade que lorsque l'état de l'aliéné ne nécessite pas son isolement et que les conditions de bien-être et les dispositions morales des parents le permettent.

Que le malade soit laissé à son foyer ou placé chez des personnes étrangères, le mode d'assistance est toujours le même. C'est le traitement familial, qui comprend deux formes, selon que les aliénés sont dispersés dans diverses localités plus ou moins éloignées ou, au contraire, réunis en une agglomération qui constitue une colonie. Deux pays ont donné leur nom à ces deux systèmes d'assistance : L'Écosse au premier et la Belgique au second. Étudier l'organisation du traitement des aliénés à domicile dans chacun de ces États, c'est passer en revue les essais les plus sérieux et les résultats les plus sûrs qu'on ait tentés et obtenus dans cette voie (1).

Le placement des aliénés dans les familles, sans groupement colonial, est pratiqué en Écosse depuis près d'un demi-siècle. C'est le *private dwelling system*. Le chiffre des placements familiaux s'est accru dans ces dernières années ; il a atteint 1998 pour la décade 1880-1890. Les maisons privées reçoivent actuellement le cinquième des aliénés de l'Écosse. Mais cette proportion est plutôt un minimum, car beaucoup de fous tranquilles, n'étant pas soumis aux inspections, ne figurent pas dans les statistiques établies, et ces derniers sont en nombre considérable. La proportion des placements familiaux, relativement aux différentes hospitalisations, varie selon les localités, c'est-à-dire selon les opinions des inspecteurs et des médecins d'asiles ; elle atteint, dans certains comtés du Nord (Shetlands et Orknays) 58,51 et même 92,98 %. Ces chiffres ont leur signification. Ils prouvent qu'une bonne partie des aliénés peut être traitée sans inconvénient dans les familles. Ce mode d'assistance est d'ailleurs très populaire en Écosse ; et, dans ces dernières années, beaucoup de malades aisés y ont été soumis. Jadis, les aliénés étaient, en général, laissés dans

(1) On peut consulter avec fruit deux livres récents, le premier de M. Féré *(Le traitement des aliénés dans les familles)*, le second de M. A. Marie *(L'assistance des aliénés en Écosse)*, qui contiennent sur ces deux questions des renseignements intéressants où j'ai puisé.

leurs propres familles ; ainsi, en 1864, les 4/5 des malades placés hors l'asile étaient dans ces conditions. Aujourd'hui, l'assistance dans les foyers étrangers paraît plus en faveur. Les malades assistés de cette manière étaient d'abord des chroniques, des incurables, des déments. Mais, dans ces derniers temps, on a tenté d'étendre ce mode d'assistance à des aliénés plus actifs et plus délirants.

Les aliénés placés dans les familles, en Écosse, se divisent en deux groupes : les uns sortent d'un asile, les autres n'ont jamais été traités dans un établissement de ce genre. Tous, à part quelques exceptions définies par la loi, sont soumis à des inspections périodiques, médicales et administratives.

Les malades sont placés dans une maison étrangère par une ordonnance du shérif ou une autorisation du *Board in Lunacy*. Les nourriciers ne peuvent obtenir jamais plus de quatre malades. Leurs hôtes leur sont retirés s'ils se trouvent dans des conditions matérielles défectueuses, s'ils ne sont pas bien traités, ou si leur état mental rend nécessaire leur envoi dans un asile. L'indemnité que ces nourriciers reçoivent est fixée par les inspecteurs. Elle est, en général, de 6 à 7 shillings par semaine, ce qui porte le prix de journée du malade à 1 fr. 25 et même à 1 fr., au lieu de 1 fr. 80 (asiles royaux). Ordinairement, les nourriciers sont choisis parmi les cultivateurs ; mais, lorsque l'aliéné a un métier, on le place chez un gardien qui exerce sa profession. De la sorte, pouvant se rendre utile, il n'en est que mieux soigné. Parfois, il se fait embaucher pour un travail plus rémunérateur, ce qui lui procure quelques petits bénéfices.

Les malades placés dans les familles sont, la plupart, satisfaits de leur sort. La menace du retour dans un asile aurait bien des fois suffi, paraît-il, à amener une meilleure conduite de certains aliénés indisciplinés. Les évasions ne sont guère plus fréquentes que dans les établissements fermés : et comme il s'agit, en général, de malades inoffensifs, le danger pour la sécurité publique est nul. Les accidents sexuels sont des plus rares. D'autre part, les habitants n'ont rien à craindre des malades qu'on leur donne et qui, la plupart, peuvent facilement être maîtrisés, en cas d'excitation, par des personnes d'une force peu développée. C'est une erreur

de croire que les aliénés sont capables de grands efforts, soutenus en vue d'une action bien déterminée. Leur puissance musculaire volontaire est constamment au-dessous de la moyenne, ainsi que je l'ai constaté dans des expériences faites récemment (1). Leur énergie est faible ; ils ne savent pas vouloir. Et lorsqu'ils deviennent violents, leurs efforts, même quand ils sont considérables, ne sont nullement coordonnés ; aussi des gens, beaucoup plus faibles qu'eux, peuvent s'en rendre maîtres. Les gardiens connaissent bien, en général, cette infériorité des malades, qu'ils ne redoutent plus après quelque temps de vie en commun.

Un inconvénient que présente le système écossais, c'est de ne pas grouper les familles des nourriciers autour d'un centre pourvu d'une infirmerie, condition qui se trouve réalisée dans la colonie d'aliénés. Tantôt cette dernière est annexée à un asile, et c'est ce qui a lieu en Allemagne ; mais alors l'organisation est des plus simples et ne mérite pas ici une description particulière. Tantôt, au contraire, la colonie est autonome et possède généralement un petit établissement hospitalier, dont elle reçoit les malades et auquel elle les renvoie en cas de nécessité. Ce système, qui est florissant en Belgique et qu'on tente en ce moment d'implanter chez nous, paraît offrir des garanties de surveillance plus grandes que le système des placements familiaux isolés.

La plus célèbre et la plus florissante des colonies d'aliénés est, sans contredit, celle de Gheel (en Belgique). Son organisation est très connue et a été souvent décrite (2), aussi je me contenterai d'en donner ici une brève analyse, en utilisant des documents récents (3).

La ville de Gheel possédait, au moyen-âge, une église dévouée à sainte Dymphne, à laquelle la légende attribuait la guérison des aliénés. Des pélerinages nombreux y amenaient des fous, qui étaient laissés chez les habitants, afin de leur permettre d'assister à plu-

(1) Ed. Toulouse. *Recherches dynanométriques chez les aliénés,* communication à la *Société de biologie*, séance du 3 juin 1893.

(2) Ed. Toulouse. *Gaz. des Hôpit.*, 8 mars 1892.

(3) Peeters. La situation actuelle de la colonie de Gheel. *Bullet. de la Soc. de méd. ment. de Belg.*, 1894, 371. — J. Morel, Art. Gheel, in *Dict. of psych-medic.*

sieurs cérémonies religieuses. Ce fut là, dit-on, l'origine de la colonie. Celle-ci occupe actuellement une superficie de plus de 10.000 hectares, c'est-à-dire le territoire de la commune de Gheel, qui compte une agglomération principale de 5.000 habitants et 22 villages environnants, peuplés par environ un millier de personnes. Le nombre des aliénés était en 1894 de 1.900.

Au commencement du siècle, et lorsque Esquirol la visita, Gheel ne possédait aucun hôpital, où l'on put observer les malades avant de les placer dans les familles. Aujourd'hui une infirmerie a été construite sur le type de l'hospice Guislain, à Gand. Elle contient actuellement environ 100 lits, dont 60 à 65 en moyenne sont occupés et destinés à recevoir les malades nouvellement arrivés, et qui sont étudiés au moins durant cinq jours avant d'être confiés à des familles. Elle est ouverte aussi aux aliénés atteints d'une affection intercurrente, à ceux qui refusent de manger et qu'il faut alimenter à la sonde œsophagienne, aux excités et enfin à ceux qui se sont livrés à des excès alcooliques. Cette infirmerie a donc un rôle très important, bien qu'elle ne serve d'asile que d'une manière tout à fait exceptionnelle. Elle est aménagée comme un petit asile et divisée en quartiers. Le docteur Peeters (1) la dirige avec un zèle éclairé.

Les nourriciers ne peuvent avoir plus de deux pensionnaires du même sexe. On leur accorde une indemnité qui varie avec l'état du malade, et qui est entre 60 et 75 centimes. Si l'on ajoute à cette indemnité ce que coûte l'aliéné pour ses vêtements, les soins médicaux et de surveillance, on a un prix de journée variant entre 84 et 99 centimes. La chambre où couche le malade a nécessairement 2 m. 50 de hauteur, 2 mètres de largeur et 3 mètres de longueur ; la nourriture doit être la même que celle du nourricier. Les effets sont fournis par l'administration. Les aliénés aident aux travaux du ménage et surveillent les enfants de la maison. Le travail n'est pas obligatoire, mais il est pour le malade une source de bénéfices minimes.

L'impression, que Gheel a donnée aux visiteurs étrangers, a beau-

(1) Je saisis cette occasion pour remercier ici M. le docteur Peeters pour la bonne grâce avec laquelle il m'a montré son intéressant service. Que M. le docteur Cuisenaire veuille bien aussi agréer mes remerciements pour son amabilité et la peine qu'il a prise en me faisant visiter le village de Gheel.

coup varié. Les uns sont revenus enthousiastes, les autres désillusionnés. Actuellement la majorité des médecins qui retournent de ce pèlerinage scientifique paraissent satisfaits. Je suis resté trop peu de temps dans le pays pour me faire une opinion bien fondée sur la valeur de ce système particulier d'assistance. Toutefois, j'ai été favorablement impressionné. Les maisons que j'ai visitées sont propres et bien tenues. Les aliénés semblent se plaire chez leurs hôtes et apprécier fort la liberté dont ils jouissent. Il paraîtrait que la grande majorité préfèrent vivre dans des familles de paysans, où le confortable est parfois modeste, que dans les établissements publics, où cependant la vie matérielle est plus large. C'est l'essentiel, car l'opinion des aliénés sur leur sort n'est pas négligeable ; elle compte bien un peu dans la question.

On est étonné de voir comment ces malades, dont quelques-uns sont très délirants et d'autres demandent une surveillance sérieuse à cause de leurs mauvais inctincts, comment tous vont, circulent, vivent de la vie commune au milieu des gens de Gheel. Les évasions sont rares, les évadés vite rattrapés ; les agressions contre les personnes, exceptionnelles. La mortalité a diminué dans ces dernières années et n'était plus en 1893, que de 6 °/₀. La proportion des guérisons atteint 21 °/₀ et même 25,4 °/₀, c'est-à-dire le quart si l'on compte les sorties par amélioration, qui souvent se transforment en guérisons. Il arrive encore malheureusement de loin en loin quelques cas de grossesse chez les aliénées assistées ; c'est ainsi qu'on en a constaté 1 en 1888 et 1 en 1894. Ce sont là des incidents fâcheux.

Le spectacle de Gheel est certainement encourageant pour le système de l'assistance familiale. On voit que ce système est pratique, réalisable, et offre des avantages qu'apprécient les premiers ceux qui y sont soumis. Mais il demande une surveillance constante des médecins et des gardiens auprès des nourriciers, pour que les aliénés aient le maximum de confortable exigé par le contrat.

Les heureux résultats obtenus à Gheel ont engagé le gouvernement belge à créer une nouvelle colonie à Lierneux. Elle a été inaugurée le 19 avril 1884. Vingt mois après, le 31 décembre 1885, elle avait 109 aliénés, et au 31 décembre 1886, ce nombre avait

augmenté de moitié. L'organisation est en tous points analogue à celle de Gheel. Aussi,, je ne m'étendrai pas sur elle, préférant dire quelques mots sur notre colonie française de Dun-sur-Auron.

Dès avant 1870, l'administration du département de la Seine avait eu l'idée d'établir une colonie pour les malheureux atteints de maladies chroniques, mentales et nerveuses ; mais la guerre emporta ce projet, qui fut repris par le Conseil général en 1891. M. le docteur Deschamps, président de la troisième commission de cette assemblée, fit un rapport concluant à l'établissement d'une colonie de déments séniles. L'administration chargea M. le docteur A. Marie d'organiser cette colonie, et le 17 décembre 1892 commencèrent les premiers transfèrements. Il y a donc plus d'un an que cette colonie fonctionne ; aussi est-il intéressant de savoir les résultats obtenus. Mon ami, M. le docteur A. Marie, a bien voulu me communiquer des renseignements sur les observations qu'il a faites au cours de son administration (1).

Dun-sur-Auron est une commune du Cher ; les habitants sont pauvres, la vie y est à bon marché. Au centre de la commune a été installée une infirmerie, qui sert aux mêmes usages que celle de Gheel. Elle est un quartier d'observation pour les nouveaux arrivants et un hospice pour les maladies intercurrentes. Avant d'être envoyés à Dun, les aliénés, déjà choisis par les chefs de service des asiles de la Seine, passent dans la division de M. le docteur Bouchereau, à Sainte-Anne, qui est chargé de les étudier durant quelques temps avant de les faire partir dans le Cher. Ce séjour à Sainte-Anne, sous l'observation d'un médecin expérimenté et prudent, est une des meilleures garanties de succès. Les aliénés, qui doivent être transférés à Dun, sont donc soumis à une triple sélection, opérée d'abord par le chef du service où ils se trouvent primitivement, ensuite par M. le docteur Bouchereau à Sainte-Anne, et enfin par le médecin de la colonie de Dun, qui peut, si l'état du malade s'est transformé, le faire interner dans un asile voisin ou le retourner dans un des établissements de la Seine. Ce

(1) Consulter : Dr A. Marie : *Rapport au Préfet pour l'année 1895.* — Id. *Congrès des aliénistes* (Session de Clermond-Ferrand, 1894). — *Id. Congrès de médecine* (Session de Lyon, 1894). — Id. *Congrès international* (Session de Rome, 1894).

mode de fonctionnement empêche toute méprise et toute erreur. Une convention avec l'asile de Bourges, situé à une heure de Dun-sur-Auron, permet de réinterner, presque sans frais, les malades qui ne peuvent pas ou plus bénéficier du traitement familial. Il serait désirable que l'on bâtit au centre de la colonie, une petite infirmerie, qui servirait d'asile pour les malades qui, temporairement, ne peuvent plus bénéficier du placement dans les familles.

Le personnel est des plus réduits : un médecin, un commis aux écritures et un ménage d'infirmiers, dont le mari est surveillant et la femme s'occupe de la lingerie et du vestiaire et prépare aussi les repas pour les malades de passage à l'infirmerie.

Les premiers transférés à Dun étant des déments tranquilles, cela a fait tomber les préjugés qui pouvaient exister dans la population, de telle sorte que la liste des nourriciers, qui était primitivement de 40, atteint maintenant le chiffre de 70, et que les demandes affluent sans cesse. Les gardiens sont désignés par la municipalité, au point de vue de la moralité, et choisis par le médecin, sous le rapport de l'installation matérielle et aussi du caractère et de la profession. Les malades partagent les aliments des nourriciers, qui doivent fournir par semaine un litre de vin, de la viande fraîche à quatre repas ; le laitage, les œufs et les légumes frais constituent le fond du régime. Ils sont habillés par l'Administration, qui s'attache à leur fournir des effets peu différents de ceux des habitants, afin d'éviter une curiosité désagréable au malade. Les femmes travaillent à confectionner et à raccommoder les vêtements et touchent de ce fait un petit salaire.

Les nourriciers doivent promener leurs pensionnaires et ne pas les abandonner sur la voie publique, sous peine de se les voir reprendre. Jusqu'à présent, la plupart se sont bien comportés. D'ailleurs, le médecin, en visitant chaque malade, au moins une fois par semaine, exerce une surveillance rigoureuse sur les logeurs. Ses inspections lui ont permis de découvrir et de réprimer quelques abus. Ainsi certains nourriciers portaient les habits des malades, ou préparaient une nourriture qu'ils étaient seuls à manger.

Durant l'année 1893, il n'y a pas eu d'évasion et les 118 malades n'ont donné que 2 décès. La plupart des assistés acceptant

leur nouvelle situation sans récriminer. Un tiers se trouvaient plus heureux dans les familles et ne seraient rentrés à l'asile que forcés. Un second tiers était indifférent. Les autres regrettaient, non pas tant les asiles de la Seine que Paris, où ils avaient l'espoir chimérique de trouver encore quelques places lucratives. Jusqu'à présent, l'expérience tentée à Dun sur-Auron paraît encourageante. Au point de vue financier, le prix de journée est sensiblement moins élevé que dans les asiles de la Seine ; celui atteint par l'exercice 1893 est de 1 fr. 91, et l'on espère qu'il pourra être réduit bientôt, lorsque les frais généraux se répartiront sur un plus grand nombre de malades. Cette tentative a d'abord porté sur les déments séniles. Dans l'année 1893, on a admis des déments organiques et même quelques vésaniques. L'âge minimum, qui tout d'abord était de 60 ans, a été abaissé à 45 ans. On l'étendra peu à peu à d'autres malades, à mesure que la population se sera habituée à recevoir des aliénés. On a récemment élevé à 300 le nombre des malades pouvant être assistés à Dun-sur-Auron.

Comme on le voit, le système d'assistance familiale donne de bons résultats partout où on l'essaye. Aussi faut-il espérer que l'on ne se bornera pas à cette timide tentative, telle qu'elle est pratiquée à Dun. La circulaire ministérielle autorisant la création de la colonie de Dun, ne fait mention, parmi les malades susceptibles d'être envoyés là-bas, que des déments. Il faudrait pouvoir étendre maintenant ce mode d'assistance aux aliénés curables, ainsi que le demandent le Dr Peeters, le distingué médecin-inspecteur de la colonie de Gheel, et le Dr A. Marie, médecin-directeur de la colonie de Dun-sur-Auron.

On pourrait fixer, ainsi que le propose ce dernier, le délai de deux ans, après lequel les malades des asiles seraient, sous certaines conditions, envoyés dans les colonies d'aliénés. De la sorte on pourrait désemcombrer nos grands établissements publics et arriver à faire des serviees de 100 lits (1), ce qui assimilerait complètement l'asile à l'hôpital.

(1) Esquirol demandait déjà en 1818, dans son rapport au ministre de l'intérieur (*Des maladies mentales*, II, 428), que les asiles à construire ne contiennent pas plus de 200 à 250 lits. Or les établissements nouveaux sont aménagés pour recevoir 1,000 à 1,200 malades.

3. Asiles spéciaux. — Un moyen de désemcombrer nos établissements publics, tout en leur laissant une population plus homogène, justiciable d'une même discipline et de traitements analogues, c'est la création d'asiles spéciaux.

M. le Dr Bourneville, rapporteur à la Chambre des Députés, réclamait dernièrement des établissements particuliers ou des sections particulières pour servir à l'assistance et à l'éducation des enfants *idiots* et *arriérés*. On a aussi demandé la création de maisons où l'on ne recevrait que des *épileptiques*.

On s'est beaucoup préoccupé, dans ces derniers temps, de construire des asiles uniquement destinés aux *aliénés criminels*. Et c'est en effet une lacune dans notre assistance. Un fou commet un crime. Il y a expertise ; on le reconnaît irresponsable et on l'envoie dans un asile, — quand il n'est pas mis en liberté. Voilà donc un criminel qui va être confondu avec d'autres aliénés, pour lesquels il peut être un danger. Souvent en effet cet individu a de mauvais instincts qui nécessitent une surveillance rigoureuse, difficile à obtenir dans des asiles ordinaires, qui doivent tendre à se rapprocher de plus en plus des hôpitaux (1).

On peut faire les mêmes réflexions au sujet des autres délinquants, même de cette classe de fous moraux qui, sans avoir commis de délit, manifestent des tendances perverses et se montrent absolument incorrigibles. Pour tous ceux-là il faut, si on les conserve en France, un asile spécial, où la discipline soit plus ferme, où le travail soit imposé à tous, et d'où les pensionnaires, reconnus malades mais dangereux pour leurs concitoyens, ne puissent sortir avec la même facilité qu'aujourd'hui.

Enfin, dans ces dernières années, on s'est beaucoup occupé d'asiles spéciaux pour les *alcooliques*. Il y a déjà longtemps qu'il en existe à l'étranger, aux États-Unis, en Angleterre, en Allemagne, en Suisse, en France. Bien qu'Esquirol et Morel aient déjà demandé l'internement dans un but thérapeutique des buveurs

(1) Le Congrès pénitentiaire international de Paris (juillet 1895) vient d'émettre le vœu qu'il soit construit des asiles ou des quartiers spéciaux pour l'internement des individus acquittés ou renvoyés des poursuites en raison de leur état mental, lesquels n'en pourraient sortir que par une décision prise à la fois par l'autorité judiciaire, l'autorité administrative et le Corps médical.

d'habitude, la question n'a été réellement posée que depuis 25 ans, d'abord par M. J. Bergeron, à l'Académie de Médecine en 1871, puis par MM. J. Falret, Lancereaux, Th. Roussel, et plus tard par M. Legrain et MM. Motet et Vétault. Dans ces derniers temps, sous l'impulsion de M. Magnan, la question, qui était restée à l'état de vœu platonique, a pris une tournure plus pratique. Le Dr Dubois, conseiller général de la Seine, mit toute son activité et son influence à la faire aboutir et déposa le 15 novembre 1893, avec M. Paul Strauss, une proposition tendant à créer un asile pour le traitement spécial de l'alcoolisme. Cette proposition rencontra l'appui du Conseil général, notamment de M. Rousselle, actuellement Président du Conseil municipal et de M. le Dr Deschamps, de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine, présidée par M. Barbier, et aussi de l'Administration représentée par M. Le Roux, Directeur des affaires Départementales, et M. Pelletier, Chef du service des aliénés.

Mais si tout le monde est d'accord sur le principe de l'établissement destiné aux buveurs, les aliénistes qui ont publié des travaux (1) sur ce point, manifestent quelques petites divergences d'opinion. On ne sait encore ce que sera le cinquième asile que le Conseil général de la Seine va faire édifier en Seine-et-Oise. Très probablement il sera mixte et comprendra : un établissement pour des aliénées femmes et un autre spécialement affecté à l'alcoolisme. Il est malheureux que l'asile de buveurs ne soit pas complètement indépendant de l'autre.

De ce qui a été essayé à l'étranger, on peut dégager quelques principes généraux sur les établissements d'alcooliques. Une première question se pose : quel caractère doit-on leur donner ? La raison de discipline et de surveillance, qui prime là toutes les autres, exige que ces établissements soient des asiles, bien que construits et organisés de telle façon que le séjour y soit agréable. Maintenant qui doit-on y mettre ?

(1) On peut citer parmi les derniers : Ladame. *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes* (Clermont-Ferrand, 1894). — Marandon de Montyel. Asiles de Buveurs, *Gaz. des Hôpit.*, 1894. — Sérieux. *L'assistance des alcooliques en Suisse, en Allemagne, en Autriche*, 1895. — Joffroy. *Alcool et alcoolisme*, ouvr. cité.

M. le Pr Joffroy (1), qui s'est occupé récemment de cette question, divise tout d'abord les alcooliques en plusieurs catégories. Une première est constituée par les buveurs simples, ne présentant aucun trouble mental, aucune lésion viscérale grave. Valides, ils doivent être secourus par un mode d'assistance qui utiliserait leur activité. Il faudrait donc créer pour eux une *maison d'abstinence et de travail*. C'est parmi ces malades que l'on rencontrerait le plus grand nombre de prosélytes qui, une fois guéris, iraient porter les bonnes paroles au dehors. A côté de ces buveurs simples, bien portants, M Joffroy distingue encore les alcooliques qui sont atteints de maladies mentales et ceux qui souffrent de lésions, d'autres organes que le cerveau, de l'estomac, du foie, des reins. Les uns et les autres devraient être nécessairement hospitalisés dans des établissements différents. Les alcooliques aliénés seraient envoyés dans des *asiles d'abstinence* et les alcooliques gastritiques, hépatiques ou rénaux, dans les *hôpitaux d'abstinence*. En effet il n'est pas juste que l'on ne s'occupe que des buveurs, qui sont devenus fous, et pas du tout de ceux chez lesquels l'alcool a lésé un autre viscère que le cerveau. M. Joffroy fait encore remarquer que parmi les alcooliques aliénés, tous ne pourront pas être envoyés dans les asiles spéciaux ; les incurables, les paralytiques généraux, les déments, devront être internés dans nos établissements généraux d'aliénés, car ils encombreraient sans profit les maisons spéciales de buveurs.

En attendant que les pouvoirs publics entrent dans ces vues, qui occasionneraient de grandes dépenses, parfaitement justifiées d ailleurs, on peut désirer la création d'asiles-hôpitaux de buveurs, complétement indépendants en titre et en fait (2) des établissements d'aliénés. C'est là une des conditions du succès, si l'on veut attirer non seulement les alcooliques du cerveau, mais aussi les alcooliques des autres organes, aussi dignes d'intérêt et aussi dangereux pour l'espèce que les autres.

On a proposé aussi de construire de petits établissements, contenant chacun peu de malades — d'où une discipline plus aisée — et

(1) Joffroy. *Alcool et alcoolisme*, ouvr. cité, 245.

(2) On pourrait par exemple les appeler *Hôpitaux ou Maisons d'abstinents*.

chacun, des malades différents, aliénés, non aliénés, etc... Mais comme le fait remarquer M. Sérieux, on peut obtenir le même classement avec le système de pavillons indépendants, formant de petits hôpitaux dans le grand asile. Les entrants, les délirants, les tranquilles, les pensionnaires, les gens cultivés qui souffriraient de certaines promiscuités seraient ainsi séparés dans des quartiers distincts.

La condition nécessaire pour l'admission dans ces établissements doit être l'habitude des boissons alcooliques. Mais cette condition n'est point suffisante. Car le but de ces maisons étant la guérison du vice pour amener la disparition des accidents morbides. Aussi a-t-on proposé d'éliminer les ivrognes suivants :

1° Ceux qui ont des lésions chroniques incurables. Un alcoolique arrivé à la démence n'a presque rien à gagner du séjour dans un hôpital d'abstinents, qu'il encombrerait sans utilité. Sa place est à l'asile ou dans des colonies familiales.

On peut en dire autant des individus, atteints d'altérations chroniques et peu curables des grands viscères autres que le cerveau. Un vieil artério-scléreux doit être placé dans un hôpital général en attendant qu'on crée des hôpitaux d'alcooliques, où l'on pourrait recevoir tout le monde. Car il est atteint de lésions où l'alcool ne joue plus le rôle prédominant.

2° Ceux qui, paralytiques généraux ou autres malades du cerveau, auront fait des excès de boissons à l'occasion de leurs troubles intellectuels. Chez eux l'alcoolisme n'est qu'un incident sans importance. Toutefois les hystériques, les épileptiques, dont l'ivrognerie retentit sur leurs crises convulsives, se trouveront bien de l'abstinence. Mais il sera bon de ne pas accepter certains déséquilibrés vicieux et buveurs par impulsion ou par calcul, qui jetteraient le trouble dans l'établissement par leur caractère indisciplinable.

3° Ceux enfin chez lesquels l'alcoolisme a provoqué des délires tenaces où l'intoxication n'a joué qu'un rôle de cause tout à fait occasionnelle. Ils guériront tout aussi bien dans les quartiers d'asiles, où l'abstinence leur sera d'ailleurs imposée. Et leur séjour prolongé dans les hôpitaux d'abstinents aurait pour conséquence d'encombrer ces maisons de *délirants*.

Mais il me semble qu'il suffirait presque d'une seule condition d'admission dans les établissements spéciaux qu'il est question de créer, celle-ci : l'absence de troubles intellectuels ou leur cessation. La mesure paraîtra tout d'abord étrange. Et cependant si l'on réfléchit à ceci, que le but de ces maisons est essentiellement de corriger des habitudes alcooliques, il importe d'entreprendre cette œuvre dans les meilleures conditions possibles. C'est pour cela que la plupart des auteurs sont d'accord sur ce principe, que les troubles provoqués par l'alcool soient curables. Mais alors il est bien plus simple d'attendre qu'ils soient guéris. Lorsqu'un individu est atteint de delirium alcoolique subaigu, il est séquestré. On le soumet à l'asile à un régime d'abstinence, qui n'est pas aussi rigoureux qu'il le sera dans un établissement spécial, mais qui est suffisant pour lui permettre de redevenir sain d'esprit, si cette terminaison de sa maladie, étant donné sa constitution cérébrale, est possible. Notez que tant qu'il délire, il reste le plus souvent au quartier, où il peut difficilement se procurer des boissons alcooliques, assez tout au moins pour entretenir son mal. Quand il est guéri (et cela peut arriver en peu de jours comme en quelques mois), c'est le moment pour lui d'être envoyé dans un milieu spécial, où il sera abstinent — ce qui est de peu d'importance actuellement puisqu'il ne présente plus de troubles aigus — mais où surtout il apprendra à l'être désormais — ce qui l'assure contre les rechutes futures.

Car le but d'une maison de buveurs est non point tant de sevrer les pensionnaires de toute boisson alcoolique, mais surtout — et c'est là leur originalité propre et leur grande utilité — de les suggestionner à être sobres toute leur vie. Or ce traitement purement moral ne peut être entrepris qu'autant que le cerveau est assez valide pour le comprendre et en tirer profit. L'entreprendre chez des délirants, c'est peine perdue, c'est s'exposer à conserver trop longtemps des aliénés, dont l'amélioration mentale toujours escomptée tarde indéfiniment à venir et qu'en attendant troublent l'ordre de la maison, c'est enfin imposer aux autres buveurs une camaraderie choquante.

Je voudrais donc que l'on n'envoyât dans les hôpitaux d'abstinents que les alcooliques complètement guéris de leurs troubles

mentaux. Cette condition efface presque les autres, tout en établissant une répartition plus juste. Car elle élimine à jamais tous les incurables, tous les chroniques dont l'état psychique est irrémédiablement atteint, les déments qui ont fait des excès à cause même de leur affaiblissement intellectuel; elle écarte, seulement pendant la durée de leur aliénation, ceux qui, comme les maniaques ou certains persécutés curables, ont bu sous l'influence de leurs troubles psychopathiques et ceux aussi, fortement prédisposés, chez lesquels l'alcool n'a fait qu'éveiller des délires plus ou moins tenaces. Mais ceux-là qui n'auraient pu être acceptés d'emblée dans les maisons spéciales pourront, de la sorte, y entrer une fois leur guérison mentale obtenue. Il aurait été fâcheux de les écarter définitivement, car ils ont autant d'intérêt que bien d'autres à être abstinents toute leur vie.

Compris ainsi, ces établissements deviennent des hôpitaux pour les alcooliques à l'exception de ceux qui délirent encore. Ils attireront plus facilement les ivrognes du dehors, les débutants, ceux qui n'ont pas encore été frappés par les troubles cérébraux et chez lesquels le traitement est des plus importants parce qu'il est préventif. Leurs familles seraient plus engagées aussi à les placer ; et l'opinion publique comprendrait plus facilement que des lois nouvelles autorisent la séquestration d'office des buveurs d'habitude, par exemple ceux condamnés pour ivresse publique.

Dans tous les cas, une nécessité du traitement est que les malades soient maintenus pendant 6 mois au moins. Au-dessous de ce délai, l'alcoolique n'est pas encore devenu un abstinent suffisamment solide pour éviter les écueils de la vie du dehors. Mais comment retenir ces malheureux ? On sait que la loi de 1838, qui régit les asiles, n'autorise pas les médecins à prolonger la séquestration de l'aliéné guéri. Or nombre d'alcooliques, qui seront traités dans les hôpitaux d'abstinents, demanderont leur sortie dès qu'ils ne seront plus délirants. En Angleterre, ils s'engagent librement, avant leur séquestration, à rester un temps déterminé dans un asile; il est vrai que ce consentement est arraché le plus souvent par la crainte des poursuites à l'occasion de leur délit d'ivrognerie. Quoi qu'il en soit, cet engagement est reconnu valable et la loi maintient les ivrognes jusqu'à l'expiration du contrat. En Amé-

rique et en Suisse, la séquestration des buveurs d'habitude peut être ordonnée d'office. Il serait donc désirable que l'on suive dans cette voie ces trois nations, si respectueuses de la liberté individuelle, et qui n'ont pas craint de la violer pour le salut des personnes mêmes que l'on en privait, et surtout pour le bien de la collectivité.

En France, actuellement, la loi n'autorise pas le maintien de l'alcoolique ni d'aucun aliéné non délirants. Si on le demande avant d'organiser la maison d'abstinence (1), on risque fort de ne pas l'obtenir de sitôt. Que l'on construise d'abord les établissements et le Parlement sera mieux à même de juger de l'opportunité de prendre les mesures législatives nécessaires. D'autant que la question doit être posée autrement que ne le font ceux qui déclarent qu'on aura à garder un alcoolique guéri de ses troubles aigus. On peut soutenir que la maladie *délire alcoolique* comprend deux éléments : un élément aigu, la phase bruyante des troubles intellectuels avec hallucinations, et un élément chronique, l'appétence à l'alcool, principale cause des désordres psychiques. Un alcoolique guéri de son délire, ne l'est pas de sa passion morbide, qui est le véritable mal, autrement grave que les épisodes qu'elle provoque de temps à autre. On a donc parfaitement le droit de conserver, pendant quelques mois, un ivrogne dont le délire a disparu. D'ailleurs les médecins aliénistes ne l'exercent-ils pas tous les jours ce droit, qui est même pour eux un devoir ? Et mettent-ils en liberté le malade dès le lendemain de la disparition des troubles délirants, laquelle survient souvent deux ou trois jours après son entrée ? Non, et personne n'a jamais réclamé, ni l'administration, ni les malades eux-mêmes. Hé bien ! Il s'agit d'ériger en système ce qui se fait depuis longtemps partout. Et puis croit on que l'on n'aura pas des sujets qui viendront volontairement — d'autant plus volontairement que l'établissement ne contiendra pas de délirants — se faire séquestrer en sachant d'avance qu'ils ne pourront plus sortir qu'après un certain temps ? Est-ce que les morphinomanes ne viennent pas dans les asiles et n'y restent-ils

(1) Bourneville. Un nouvel asile à alcooliques et aliénés. *Progrès médical*, 1895, 149.

pas alors qu'ils pourraient, encore mieux que les alcooliques puisqu'ils n'ont jamais déliré, *exiger* leur sortie ? La vérité est que si on viole la loi, on la viole depuis longtemps et qu'il est plutôt vrai de dire que l'on passe par une phase évolutive qui précède et appelle les réformes législatives, lesquelles, comme celles de l'Académie, ne font souvent que régulariser des habitudes prises. A ce point de vue, le Parlement répugnera d'autant moins à cette régularisation que les alcooliques seront maintenus dans une maison qui n'aura pas, comme je le demande, le titre d'asile et ne contiendra pas de délirants aigus, tout en étant une maison de séquestration.

Je ne peux m'étendre ici sur les détails d'organisation de ces maisons de santé spéciales. Tout le monde a admis, en se basant sur l'expérience, que le régime de ces hôpitaux devait être *l'abstinence complète, absolue*. L'alcoolique, qui se restreint seulement et qui continue de prendre — même à des doses très modérées — des boissons dites hygiéniques (vin, bière, cidre) où il entre de l'alcool, celui-là n'est pas guéri et il refera demain des excès. C'est en cette matière qu'il faut être d'une intransigeance absolue. Toutes les sociétés de tempérance fondées sur la modération et non sur la prohibition ont échoué.

L'hôpital d'abstinents doit être, comme on l'a vu plus haut, une tribune de suggestion. Le médecin et ses aides, les employés et les infirmiers doivent donc donner l'exemple et ne boire, eux aussi, que de l'eau. Il est important que pas une voix discordante, pas une raillerie, d'où qu'elle vienne, n'entravent l'action du traitement (Magnan). La lecture des journaux, les conversations, les conférences, tout doit être mis en œuvre pour frapper les esprits des malades et les raffermir dans leurs bonnes résolutions (1). Et lorsqu'ils sortent, le traitement commencé n'est pas fini. Il faut que les Sociétés de Patronage les secourent, les aident, les surveillent même. S'ils ne trouvent pas facilement du travail, ou qu'ils

(1) Aussi est-il nécessaire de ne pas enfermer dans ces maisons les vieux chevaux de retour de l'alcoolisme, qui comptent jusqu'à 30 séquestrations, qui choisissent souvent la saison et les moments difficiles de leur existence pour se faire interner, et qui sont des causes continuelles de désordre dans les services. M. P. Dubuisson demande avec raison qu'on ne les hospitalise pas. Je réclame cependant pour eux une hospitalisation, mais d'un autre genre, et loin du « Doux Pays ».

reprennent la même profession où ils ont été entraînés à boire, la rechute est fatale. Les cafés de tempérance, où l'on ne consomme que du lait, du thé, du chocolat, de la limonade, doivent être créés en grand nombre pour mettre en garde les anciens ivrognes contre les suggestions des débits de boissons alcooliques. A l'étranger, ils sont très nombreux ; à Paris, il n'y en a encore qu'un, rue Letellier, à Grenelle (Sérieux). En résumé, l'alcoolique guéri est un mineur ; et la loi, l'initiative privée, la société toute entière, doivent le protéger contre lui-même, qui est son plus redoutable ennemi.

4. Patronage des aliénés. — Ainsi, par le système des placements familiaux, on débarrasse les asiles de beaucoup de malades qui souffrent de la discipline de ces maisons, ou qui encombrent les quartiers, en transformant ces établissements en des lieux de refuge. Par l'ouverture des asiles spéciaux, on ouvre de nouveaux débouchés. Mais beaucoup d'autres pensionnaires pourraient être, non pas envoyés chez des nourriciers, mais rendus à la vie commune. Or, dans l'état actuel des choses, il est impossible de le faire, et l'on garde ainsi des malheureux dont la séquestration prolongée n'est pas légitime.

Voici quelle est leur situation. Ce sont des imbéciles, des alcooliques invétérés, des gens âgés non encore infirmes, des malades quelconques, qui sont entrés à l'asile à l'occasion d'un accès de folie plus ou moins intense. Guéris, ils demandent à rentrer dans leurs foyers. Or, personne ne veut se charger d'eux ; leurs parents sont morts ou se soucient peu de s'embarrasser de leurs personnes. D'autre part, ils sont, quoique guéris de leurs troubles mentaux, dans un état d'affaiblissement moral ou physique qui exige une existence tranquille. Que faire ? Leur accorder leur sortie ? Mais une fois dehors, ils vont se trouver aux prises avec les plus dures nécessités. Sans appui, sans gîte, repoussés le plus souvent partout où ils se présenteront — parce qu'ils sortent d'une maison de fous —, ils seront incapables de gagner leur vie. En peu de jours la faim, le désespoir et les excès alcooliques que ces mauvais conseillers soufflent à l'esprit des désespérés, les auront fait retomber à la charge de la société et quelquefois les reconduiront à l'asile plus malades qu'ils n'en sont sortis. L'expérience est malheureusement là

pour prouver que ces appréhensions sont légitimes, parce qu'elles se sont trop souvent réalisées. Aussi, les médecins hésitent, dans bien des cas, à accorder leur sortie, à ces malheureux abandonnés, qui grossissent la population des asiles, tout en souffrant d'un internement qui n'est plus justifié par leur état mental.

Il faut donc que l'on s'occupe de ces infortunés, au sortir de l'établissement d'où ils partent guéris, qu'on les protège contre la misère, qu'on leur trouve du travail, qu'on lutte pour eux contre les tristes préjugés qui les font repousser de tous, qu'on les soutienne enfin jusqu'à ce qu'ils aient recouvré leur énergie antérieure et qu'ils se soient réaccoutumés au labeur quotidien. C'est là le rôle des sociétés de patronage qui existent pour les criminels libérés et qui ne se sont pas encore occupées des aliénés guéris.

Après une étude faite par le Conseil supérieur de l'Assistance publique qui donna lieu à un remarquable rapport de M. le docteur Bourneville, l'administration a fait, l'an dernier, une enquête dans chaque département, sur la nécessité de créer des sociétés de ce genre et la manière dont on pourrait les organiser. En outre, cette question a été soumise au récent Congrès des médecins aliénistes de la Rochelle et a donné lieu à un très substantiel rapport de M. le docteur Giraud (1), qui, aidé de M. le docteur Ladame, a exposé ce qui a été fait dans cette voie et les résultats qu'on doit chercher à obtenir.

Ce qui a été tenté peut être exposé en peu de mots. L'idée de ce patronage aurait d'abord été exprimée par un ancien interne de la Salpêtrière, le docteur Cazauvielh, qui réclamait, pour les aliénés sortis guéris des établissements hospitaliers, un peu de cette sollicitude philanthropique qu'on accorde si généreusement aux criminels libérés. A peu près à la même époque, M. le docteur J.-P. Falret, aidé de l'abbé Christophe qui, fut plus tard évêque de Soissons, fonda une société de patronage pour les aliénés sortant de son service de la Salpêtrière. Cet exemple fut suivi par les docteurs Baillarger et Mitivié, qui organisèrent une nouvelle association de bienfaisance, ayant le même but et qui se confondit bientôt avec

(1) Giraud et Ladame. *Des sociétés de patronage des aliénés*, rapport au Congrès des médecins aliénistes (Session de La Rochelle, 1893).

celle de M. J.-P Falret. De cette fusion sortit la première société de patronage des aliénés qui fonctionna en France. Elle est aujourd'hui très prospère et s'adresse indifféremment aux hommes et aux femmes. Elle est autonome et s'administre elle-même. Les sociétaires, parmi lesquels des dames, visitent les protégés, leur distribuent des secours et s'informent auprès de leur entourage, de leur genre de vie. On s'occupe aussi de les placer et de leur procurer du travail. En outre, un asile-ouvroir pour les femmes a été fondé et reçoit, pendant quelque temps, des personnes secourues qui n'ont point de domicile, ou auxquelles on n'a pu trouver encore un emploi. Des réunions hebdomadaires réunissent les protégés, auxquels on distribue un repas. Cette société, subventionnée par le ministre de l'Intérieur et par la charité privée, a eu, en 1889, des recettes s'élevant à près de 40.000 francs, qui ont été presque intégralement dépensés. Environ 100 femmes ont été reçues, au cours de cette même année, dans l'asile-ouvroir, et plus de 800 personnes secourues à domicile.

Quelques années après l'heureux essai de M. Falret, une autre société fut fondée à Strasbourg. Elle diffère de celle de Paris en ce qu'elle se confond presque avec l'administration de l'asile. Les membres de la commission de surveillance, le directeur, le médecin en chef, les aumôniers, le receveur et l'économe en constituent le comité. Les secours en argent et en nature sont distribués aux aliénés guéris, à leur sortie, par les soins du directeur et du médecin de l'asile.

Une autre association de bienfaisance, ayant le même but, a été créée à Nancy, en 1848. Elle devait secourir tous les infirmes physiques et moraux, les aliénés, les sourds-muets, les aveugles et les orphelins. C'est probablement parce qu'elle s'adressait à trop de misères, qu'elle n'a pu réussir. Enfin, dernièrement, une société de patronage, dont l'organisation est calquée sur celle de la société de Strasbourg, a été fondée auprès de l'asile de Bailleul, dans le département du Nord (1).

Des associations philanthropiques, ayant le même but, ont été

(1) Récemment on s'est occupé de créer dans la Seine une Société de patronage, qui ne fonctionne pas encore.

créées un peu partout à l'étranger, et notamment en Suisse, en Allemagne, en Italie, en Belgique et en Autriche. Il ne m'est pas possible de donner ici une analyse des différentes organisations de ces sociétés. Elles se divisent, d'ailleurs, assez naturellement en deux groupes : les unes sont indépendantes et autonomes, comme celle de Paris ; les autres sont plus ou moins intimement liées à l'administration de l'asile. Le premier système semblerait, d'après M. le docteur Giraud, mieux convenir aux grands centres, et le second aux milieux ruraux. Le patronage à la campagne peut s'exercer, en effet, plus facilement et presque sans intermédiaire, de l'asile à l'aliéné sorti.

Comme conclusion, on peut établir qu'il est nécessaire et possible que des sociétés de patronage s'organisent partout, et prennent en quelque sorte à leur charge, tout au moins morale, les aliénés guéris. Ces œuvres philanthropiques devront, pour avoir une utilité réelle, contenir à la fois des éléments officiels, qui leur amèneront l'aide des pouvoirs publics, et des éléments privés, dont l'influence est plus variée et plus féconde. C'est à chaque département à organiser la société selon les ressources et les conditions du milieu. Mais on doit désirer que les médecins des asiles aient un rôle, au moins consultatif, très étendu. Mieux que toute autre personne, ils connaissent les besoins des malades qu'ils font sortir, après guérison, des établissements publics.

Recueillant les anciens malades, les aidant matériellement à vivre durant les premiers jours de leur mise en liberté, les plaçant à l'atelier ou aux champs, les protégeant contre la suspicion du public, ces sociétés philanthropiques auront aussi le grand mérite de permettre aux médecins de vider peu a peu le trop plein de leurs établissements, et cela sans danger pour les malheureux rendus à leur liberté. Et l'on ne verra plus, comme à Paris, le fait a lieu encore trop souvent, des aliénés guéris retomber malades dans la semaine qui suit leur sortie, ou encore arrêtés comme vagabonds, presque à la porte de l'asile.

J'ai essayé de montrer, au cours de ce chapitre, l'évolution des idées en matière d'assistance des aliénés. D'abord emprisonnés avec les malfaiteurs, puis jetés dans les quartiers les plus sales et

les plus laids des hospices, ces malheureux, que jusque-là on n'avait considérés que comme des êtres dangereux, ont attiré la pitié des médecins et par eux des pouvoirs publics. Élevés à la dignité de malades, on a cherché à leur donner le bien-être matériel et les soins qu'ils méritaient. L'asile a été construit spécialement pour eux ; il assurait la sécurité et aussi la sécurité de la foule. Mais cette seconde préoccupation, héritage d'une vieille défiance envers les fous, s'est trop manifestée dans l'organisation de ces établissements, qui sont des maisons de détention autant que de santé. Cependant, des idées plus justes et plus libérales sur les aliénés se faisaient jour, et elles amenèrent dans ce siècle des réformes importantes. Les chaînes ont été à jamais brisées, les corsets et les camisoles de force tendent aujourd'hui à disparaître ; en certains pays, les asiles ressemblent à des établissements de villégiature ; ailleurs les malades tranquilles sont envoyés dans les familles, qui les soignent. Ici et là on s'occupe des aliénés guéris, et, en facilitant leur sortie, on leur rend la liberté à laquelle ils ont droit. Toutes ces réformes, tentées un peu partout, indiquent que le mode d'assistance par l'asile, n'est plus le seul auquel on doive toujours tendre. Certes, à l'essai on fera, en matière de réorganisation, le décompte de ce qui est pratique et de ce qui ne l'est pas, de ce qui est réellement un progrès et de ce qui n'en est que l'apparence. Il serait téméraire d'accepter un système avec l'idée arrêtée de le généraliser, comme il serait tout aussi aventureux de rejeter absolument l'asile et de ne plus vouloir des services qu'il peut encore rendre. Mais ce que l'on est autorisé à dire, dès maintenant, c'est que nos établissements d'aliénés ne doivent plus être les seuls lieux de traitement pour les malades de l'esprit, et aussi qu'il est nécessaire d'assouplir leur organisation au souffle libéral de notre époque. Il faut d'abord les transformer en hôpitaux, ouverts seulement aux délirants aigus, et pour cela les débarrasser de tous leurs éléments étrangers, des débiles de corps et d'esprit, des incurables ou des vésaniques inoffensifs, que l'on peut, sans inconvénient, mettre ailleurs, dans les familles par exemple ; des déments, des idiots, de certains épileptiques qui sont mieux placés dans des hospices ; des alcooliques, pour lesquels des maisons de traitement s'imposent ; des délinquants et des vicieux

incorrigible, à assister par le travail et à reléguer. Car la pitié doit, dans un but utilitaire, se concentrer sur les psychopathes dont les instincts ne tendent pas à détruire la Société ; pour les autres, la pitié doit être plus éclairée et moins maternelle.

Quand on aura mené à bien ces grandes réformes, les médecins, moins surchargés, pourront s'occuper des malades restants, susceptibles de guérir. Ces derniers seront répartis dans des sections différentes, où la discipline variera avec l'état mental des pensionnaires qui les habiteront. Aux agités et à ceux qui menacent la sécurité publique, des quartiers sévèrement gardés ; aux autres, une liberté plus grande ; aux convalescents, la sortie garantie par les Sociétés de patronage. Que chacun enfin soit traité selon sa lucidité, le degré d'intégrité de ses facultés de raisonnement, la force et le caractère de ses impulsions morbides. Proportionner la rigueur de la séquestration et la douceur du mode d'assistance à l'intensité et à la nature des troubles intellectuels et moraux, voilà la doctrine toute moderne, qui repose sur une conception plus rationnelle des formes variées, et si différentes entre elles, de ce qu'on appelle de ce mot vague et indéfini : l'aliénation mentale. L'application n'en est pas très commode au point de vue administratif, et à cet égard, l'organisation actuelle, avec son asile uniforme pour tous, était l'idéal de la simplicité. Mais c'est contre cette simplicité même, injuste et ignorante, qu'il faut aujourd'hui lutter.

# APPENDICE

Il serait logique de faire suivre le chapitre sur l'assistance des aliénés de quelques considérations médico-légales, qui en seraient le complément naturel. Ceux de mes lecteurs, qui ne sont pas médecins aliénistes, y trouveraient certaines indications pratiques qui pourraient leur être de quelque utilité. Je me contenterai cependant de reproduire ici, en son entier, la célèbre loi de 1838 sur les aliénés, si attaquée dans ces dernières années et qui est menacée d'être remplacée par un des nombreux projets législatifs, qui depuis longtemps attendent la discussion.

Il est donc utile que les médecins, que les choses de l'aliénation mentale intéressent, connaissent cette loi pour mieux suivre les polémiques qui ne manqueront pas de s'engager à son sujet dans un avenir prochain.

Pour terminer, je donnerai le modèle d'un certificat d'aliénation mentale, puisque tous les praticiens sont appelés à en délivrer et que malheureusement tous ne sont pas assez familiarisés avec la pathologie mentale pour se passer d'un conseil sur ce sujet.

## LOI SUR LES ALIÉNÉS DU 30 JUIN 1838

### TITRE PREMIER. — Des Établissements d'aliénés.

ARTICLE PREMIER. — Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département soit d'un autre département.

Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur.

Art. 2. — Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique.

Art. 3. — Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.

Art. 4. — Les préfets et les personnes spécialement déléguées à cet effet par lui ou par le ministre de l'intérieur, le président du tribunal, le procureur du roi, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter les établissements publics ou privés consacrés aux aliénés.

Ils recevront les réclamations des personnes qui y seront placées, et prendront, à leur égard, tous renseignements propres à faire connaître leur position.

Les établissements privés seront visités, à des jours indéterminés, une fois au moins chaque trimestre, par le procureur du roi de l'arrondissement. Les établissements publics le seront de la même manière, une fois au moins par semestre.

Art. 5. — Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du gouvernement.

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi.

Art. 6. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions auxquelles seront accordées les autorisations énoncées en l'article précédent, les cas où elles pourront être retirées, et les obligations auxquelles seront soumis les établissements autorisés.

Art. 7 — Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.

## TITRE II. — Placements dans les Établissements d'aliénés.

### Section première. — *Des placements volontaires.*

Art. 8. — Les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés ne pourront recevoir une personne atteinte d'aliénation mentale, s'il ne leur est remis :

1° Une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile,

tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles. La demande sera écrite et signée par celui qui la formera, et, s'il ne sait pas écrire, elle sera reçue par le maire ou le commissaire de police, qui en donnera acte. Les chefs, préposés ou directeurs, devront s'assurer, sous leur responsabilité, de l'individualité de la personne qui aura formé la demande, lorsque cette demande n'aura pas été reçue par le maire ou par le commissaire de police. Si la demande d'admission est formée par le tuteur d'un interdit, il devra fournir, à l'appui, un extrait du jugement d'interdiction.

2° Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir enfermée. Ce certificat ne pourra être admis, s'il a été délivré plus de quinze jours avant sa remise au chef ou directeur, s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement, ou si le médecin signataire est parent ou allié, au second degré inclusivement, des chefs ou propriétaires de l'établissement, ou de la personne qui fera effectuer le placement. En cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin.

3° Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer. Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans un bulletin d'entrée, qui sera renvoyé, dans les vingt-quatre heures, avec un certificat du médecin de l'établissement, et la copie de celui ci-dessus mentionné, au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous-préfet dans les communes chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes. Le sous-préfet, ou le maire, en fera immédiatement l'envoi au préfet.

Art. 9. — Si le placement est fait dans un établissement privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, chargera un ou plusieurs hommes de l'art de visiter la personne désignée dans ce bulletin, à l'effet de constater son état mental et d'en faire rapport sur-le-champ. Il pourra leur adjoindre telle autre personne qu'il désignera.

Art. 10. — Dans le même délai, le préfet notifiera administrativement les noms, profession et domicile, tant de la personne placée que de celle qui aura demandé le placement, et les causes du placement : 1° au procureur du roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée ; 2° au procureur du roi de l'arrondissement de la situation de l'établissement : ces dispositions seront communes aux établissements publics et privés.

Art. 11. — Quinze jours après le placement d'une personne dans un établissement public ou privé, il sera adressé au préfet, conformément au

dernier paragraphe de l'article 8, un nouveau certificat du médecin de l'établissement; ce certificat confirmera ou rectifiera, s'il y a lieu, les observations contenues dans le premier certificat, en indiquant le retour plus ou moins fréquent des accès ou des actes de démence.

Art. 12. — Il y aura, dans chaque établissement, un registre coté et parafé par le maire, sur lequel seront immédiatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcée, et le nom de leur tuteur ; la date de leur placement, les noms, profession et demeure de la personne, parente ou non parente, qui l'aura demandé. Seront également transcrits sur ce registre. 1° le certificat du médecin joint à la demande d'admission; 2° ceux que le médecin de l'établissement devra adresser à l'autorité, conformément aux articles 8 et 11.

Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre, au moins tous les mois, les changements survenus dans l'état mental de chaque malade. Ce registre constatera également les sorties et les décès.

Ce registre sera soumis aux personnes qui, d'après l'article 4, auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 13. — Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue.

S'il s'agit d'un mineur ou d'un interdit, il sera donné immédiatement avis de la déclaration des médecins aux personnes auxquelles il devra être remis, et au procureur du roi.

Art. 14. — Avant même que les médecins aient déclaré la guérison, toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera également d'y être retenue, dès que la sortie sera requise par l'une des personnes ci-après désignées, savoir : 1° le curateur nommé en exécution de l'article 38 de la présente loi; 2° l'époux ou l'épouse ; 3° s'il n'y a pas d'époux ou d'épouse, les ascendants ; 4° s'il n'y a pas d'ascendants, les descendants ; 5° la personne qui aura signé la demande d'admission à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à ce qu'elle use de cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille ; 6° toute personne à ce autorisée par le conseil de famille.

S'il résulte d'une opposition notifiée au chef de l'établissement par un ayant droit qu'il y a dissentiment, soit entre les ascendants, soit entre les descendants, le conseil de famille prononcera.

Néanmoins, si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sureté des personnes, il en

sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie, à la charge d'en référer, dans les vingt-quatre heures, au préfet. Le sursis provisoire cessera de plein droit à l'expiration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce délai, donné d'ordres contraires, conformément à l'article 21 ci-après. L'ordre du maire sera transcrit sur un registre tenu en exécution de l'article 12. En cas de minorité ou d'interdiction, le tuteur pourra seul requérir la sortie.

Art. 15. — Dans les vingt-quatre heures de la sortie, les chefs, préposés ou directeurs en donneront avis aux fonctionnaires désignés dans le dernier paragraphe de l'art. 8, et leur feront connaître le nom et la résidence des personnes qui auront retiré le malade, son état mental au moment de la sortie et, autant que possible, l'indication du lieu où il aura été conduit.

Art. 16. — Le préfet pourra toujours ordonner la sortie immédiate des personnes placées volontairement dans les établissements d'aliénés.

Art. 17. — En aucun cas, l'interdit ne pourra être remis qu'à son tuteur, et le mineur qu'à ceux sous l'autorité desquels il est placé par la loi.

Section II. — *Des placements ordonnés par l'autorité publique.*

Art. 18. — A Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets, ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sécurité des personnes.

Les ordres des préfets seront motivés et devront énoncer des circonstances qui les auront rendus nécessaires. Ces ordres, ainsi que ceux qui seront donnés conformément aux articles 19, 20, 21 et 23, seront inscrits sur un registre semblable à celui qui est prescrit par l'article 12, ci-dessus, dont toutes les dispositions seront applicables aux individus placés d'office.

Art. 19. — En cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires dans les autres communes, ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 20. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements seront tenus d'adresser aux préfets, dans le premier mois de chaque semestre, un rapport rédigé par le médecin de l'établissement sur l'état de chaque personne qui y sera retenue, et sur la nature de sa maladie et les résultats du traitement.

Le préfet prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenue dans l'établissement ou sa sortie.

Art. 21. — A l'égard des personnes dont le placement aurait été volontaire, et dans le cas où leur état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le préfet pourra, dans les formes tracées par le deuxième paragraphe de l'article 18, décerner un ordre spécial, à l'effet d'empêcher qu'elles ne sortent de l'établissement sans son autorisation, si ce n'est pour être placées dans un autre établissement.

Les chefs, directeurs ou préposés responsables, seront tenus de se conformer à cet ordre.

Art. 22. — Les procureurs du roi seront informés de tous les ordres donnés en vertu des articles 18, 19, 20 et 21.

Ces ordres seront notifiés au maire du domicile des personnes soumises au placement, qui en donnera immédiatement avis aux familles.

Il en sera rendu compte au ministre de l'intérieur.

Les diverses modifications prescrites par le présent article seront faites dans les formes et délais énoncés en l'article 10.

Art. 23. — Si, dans l'intervalle qui s'écoulera entre les rapports ordonnés par l'article 20, les médecins déclarent, sur le registre tenu en exécution de l'article 12, que la sortie peut être ordonnée, les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements, seront tenus, sous peine d'être poursuivis, conformément à l'article 30 ci-après, d'en référer aussitôt au préfet, qui statuera sans délai.

Art. 24. — Les hospices et hôpitaux civils seront tenus de recevoir provisoirement les personnes qui leur seront adressées en vertu des articles 18 et 19, jusqu'à ce qu'elles soient dirigées sur l'établissement spécial destiné à les recevoir, aux termes de l'article 1[er] ou pendant le trajet qu'elles feront pour s'y rendre.

Dans toutes les communes où il existe des hospices ou hôpitaux, les aliénés ne pourront être déposés ailleurs que dans ces hospices ou hôpitaux. Dans les lieux où il n'en existe pas, les maires devront pourvoir à leur logement, soit dans une hôtellerie, soit dans un local loué à cet effet.

Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison.

Ces dispositions sont applicables à tous les aliénés dirigés par l'administration sur un établissement public ou privé.

### Section III. — *Dépenses du service des aliénés.*

Art. 25. — Les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département, ou avec lequel il aura traité.

Les aliénés, dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes, y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le Conseil Général sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre.

Art. 26. — La dépense du transport des personnes dirigées par l'Administration sur les établissements d'aliénés sera arrêtée par le préfet sur le mémoire des agents préposés à ce transport.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées dans les hospices ou établissements publics d'aliénés sera réglée d'après un tarif arrêté par le préfet.

La dépense de l'entretien, du séjour et du traitement des personnes placées par les départements dans les établissements privés sera fixée par les traités passés par le département, conformément à l'article 1^er^.

Art. 27. — Les dépenses énoncées en l'article précédent seront à la charge des personnes placées ; à défaut, à la charge de celles auxquelles il peut être demandé des aliments, aux termes des articles 205 et suivants du Code civil.

S'il y a contestation sur l'obligation de fournir des aliments, ou sur leur quotité, il sera statué par le tribunal compétent, à la diligence de l'administrateur désigné en exécution des articles 31 et 32.

Le recouvrement des sommes dues sera poursuivi et opéré à la diligence de l'administration de l'enregistrement et des domaines.

Art. 28. — A défaut, ou en cas d'insuffisance des ressources énoncées en l'article précédent, il y sera pourvu par les centimes affectés, par la loi des finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné appartient, sans préjudice du concours de la commune du domicile de l'aliéné, d'après les bases proposées par le Conseil Général sur l'avis du préfet et approuvées par le gouvernement.

Les hospices seront tenus à une indemnité proportionnée au nombre des aliénés dont le traitement ou l'entretien était à leur charge, et qui seraient placés dans un établissement spécial d'aliénés.

En cas de contestation, il sera statué par le Conseil de Préfecture.

Section iv. — *Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés.*

Art. 29. — Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate.

Les personnes qui auront demandé le placement, et le procureur du roi, d'office, pourront se pourvoir aux mêmes fins.

Dans le cas d'interdiction, cette demande ne pourra être formée que par le tuteur ou l'interdit.

La décision sera rendue, sur simple requête, en chambre de conseil et sans délai ; elle ne sera point motivée.

La requête, le jugement et les autres actes auxquels la réclamation pourrait donner lieu seront visés pour timbre et enregistrés en débet.

Aucunes requêtes, aucunes réclamations adressées, soit à l'autorité judiciaire, soit à l'autorité administrative, ne pourront être supprimées ou retenues par les chefs d'établissements, sous les peines portées au titre III ci-après.

Art. 30. — Les chefs, directeurs ou préposés responsables ne pourront, sous les peines portées par l'article 120 du Code pénal, retenir une personne placée dans un établissement d'aliénés, dès que sa sortie aura été ordonnée par le préfet, aux termes des articles 16, 20 et 23, ou par le tribunal, aux termes de l'article 29, ni lorsque cette personne se trouvera dans les cas énoncés aux articles 13 et 14.

Art. 31. — Les commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés exerceront, à l'égard des personnes non interdites qui y seront placées, les fonctions d'administrateurs provisoires. Elles désigneront un de leurs membres pour les remplir : l'administrateur ainsi désigné procédera au recouvrement des sommes dues à la personne placée dans l'établissement, et à l'acquittement de ses dettes ; passera des baux qui ne pourront excéder trois ans, et pourra même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le président du tribunal civil, faire vendre le mobilier.

Les sommes provenant, soit de la vente, soit des autres recouvrements seront versées directement dans la caisse de l'établissement, et seront employées, s'il y a lieu, au profit de la personne placée dans l'établissement.

Le cautionnement du receveur sera affecté à la garantie desdits deniers, par privilège aux créances de toute autre nature.

Néanmoins les parents, l'époux ou l'épouse des personnes placées dans des établissements d'aliénés et dirigés ou surveillés par des commissions administratives, ces commissions elles-mêmes, ainsi que le procureur du roi, pourront toujours recourir aux dispositions des articles suivants.

Art. 32. — Sur la demande des parents, de l'époux ou de l'épouse, sur celle de la commission administrative ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal civil du lieu du domicile pourra, conformément à l'article 497 du Code civil, nommer, en chambre du conseil, un administra-

teur provisoire aux biens de toute personne non interdite placée dans un établissement d'aliénés. Cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du conseil de famille, et sur les conclusions du roi. Elle ne sera pas sujette à l'appel.

Art. 33. — Le tribunal, sur la demande de l'administrateur provisoire, ou à la diligence du procureur du roi, désignera un mandataire spécial à l'effet de représenter en justice tout individu non interdit et placé ou retenu dans un établissement d'aliénés, qui serait engagé dans une contestation judiciaire au moment du placement, ou contre lequel une action serait intentée postérieurement.

Le tribunal pourra ainsi, dans le cas d'urgence, désigner un mandataire spécial à l'effet d'intenter au nom des mêmes individus, une action mobilière ou immobilière. L'administrateur provisoire pourra, dans les deux cas, être désigné pour mandataire spécial.

Art. 34. — Les dispositions du Code civil, sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sont applicables aux administrateurs provisoires nommés par le tribunal.

Sur la demande des parties intéressées, ou sur celle du procureur du roi, le jugement qui nommera l'administrateur provisoire pourra en même temps constituer sur ses biens une hypothèque générale ou spéciale, jusqu'à concurrence d'une somme déterminée par ledit jugement.

Le procureur du roi devra, dans le délai de quinzaine, faire inscrire cette hypothèque au bureau de la conservation : elle ne datera que du jour de l'inscription.

Art. 35. — Dans le cas où un administrateur provisoire aura été nommé par jugement, les significations à faire à la personne placée dans un établissement d'aliénés seront faites à cet administrateur.

Les significations faites au domicile pourront, suivant les circonstances, être annulées par les tribunaux.

Il n'est point dérogé aux dispositions de l'article 173 du Code de commerce.

Art. 36. — A défaut d'administration provisoire, le président, à la requête de la partie la plus diligente, commettra un notaire pour représenter les personnes non interdites placées dans les établissements d'aliénés, dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquelles elles seraient intéressées.

Art. 37. — Les pouvoirs, conférés en vertu des articles précédents, cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue.

Les pouvoirs conférés par le tribunal en vertu de l'article 32 cesseront de

plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans: ils pourront être renouvelés.

Cette disposition n'est pas appliquable aux administrateurs provisoires qui seront donnés aux personnes entretenues par l'administraiion dans des établissements privés.

Art. 38. — Sur la demande de l'intéressé, de l'un de ses parents, de l'époux ou de l'épouse, d'un ami, ou sur la provocation d'office du procureur du roi, le tribunal pourra nommer en chambre de conseil, par jugement non susceptible d'appel, en outre de l'administrateur provisoire, un curateur à la personne de tout individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés, lequel devra veiller : 1° à ce que ses revenus soient employés à adoucir son sort et à accélérer sa guérison ; 2° à ce que ledit individu soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra.

Ce curateur ne pourra être choisi parmi les héritiers présomptifs de la personne placée dans un établissement d'aliénés.

Art. 39. — Les actes faits par une personne placée dans un établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y aura été retenue, sans que son interdiction ait été prononcée, ni provoquée, pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1304 du Code civil.

Les dix ans de l'action en nullité courront, à l'égard de la personne retenue qui aura souscrit les actes, à dater de la signification qui lui en aura été faite, ou de la connaissance qu'elle en aura eue après sa sortie définitive de la maison d'aliénés.

Et, à l'égard de ses héritiers, à dater de la signification qui leur en aura été faite, ou de la connaissance qu'ils en auront eue, depuis la mort de leur auteur.

Lorsque les dix ans auront commencé de courir contre celui-ci, ils continueront de courir contre les héritiers.

Art. 40. — Le ministère public sera entendu dans toutes les affaires qui intéresseront les personnes placées dans un établissement d'aliénés, lors même qu'elles ne seraient pas interdites.

## TITRE III. — **Dispositions générales.**

Art. 41. — Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8 11, 12, du second paragraphe de l'article 13 ; des articles 15, 17, 20, 21, et du dernier paragraphe 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les médécins employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq

jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs, ou de l'une ou de l'autre de ces peines.

Il pourra être fait application de l'article 463 du Code civil.

---

## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, X, docteur en médecine, certifie que la nommée (nom, prénoms, domicile) est atteinte d'aliénation mentale caractérisée par les symptômes suivants. Elle se croit depuis quelque temps en butte à des persécutions de la part de ses parents et de ses voisins, qu'elle accuse de s'occuper continuellement d'elle, de l'insulter et de l'empêcher de travailler. Elle a des hallucinations multiples. C'est ainsi qu'elle entend ses persécuteurs lui parler de loin par téléphone quand elle se trouve seule dans sa chambre, qu'elle sent de mauvaises odeurs qu'ils répandent dans son appartement, et un goût infect qu'ils mêlent à ses aliments. Elle suppose que *cette bande* agit de concert contre elle pour lui ravir des papiers qui établissent ses droits à un mystérieux et très riche héritage. Cette malade est actuellement très excitée ; et il serait dangereux de la laisser plus longtemps vivre seule en proie à des idées délirantes, qui pourraient l'amener à se livrer à des actes de violence sur la personne de ses prétendus persécuteurs. Il y donc lieu de la séquestrer dans un établissement d'aliénés.

Signature du médecin.

Date *(Le certificat n'est plus valable lorsqu'il a été délivré plus de quinze jours avant la demande de séquestration de l'aliéné)*.

---

N. B. — Un certificat ne doit pas être trop long et équivaloir à une véritable observation médicale, ni trop court (comme on le fait trop souvent) et ne contenir aucun détail en justifiant la conclusion. Car la loi veut que le médecin indique les raisons qui lui font admettre l'aliénation mentale. Il faut donc les donner, en en choisissant les plus significatives aux yeux des personnes étrangères à la psychiâtrie et notamment des magistrats qui sont souvent appelés à contrôler les aliénistes. Pas n'est besoin de porter un diagnostic, qui n'a rien à faire avec la mesure admi-

nistrative que le certificat doit provoquer. Légitimer la demande de séquestration, voilà ce que demandent l'administration et la justice, qui ne se soucient guère d'une étiquette nosologique. L'énumération des symptômes observés suffit donc ; aussi tout médecin, même absolument ignorant en psychiàtrie, peut faire un excellent certificat à ce point de vue. Enfin le médecin ne doit pas hésiter à prononcer les noms d'*aliénation mentale* et d'*établissement d'aliénés* pour qu'il n'y ait place à aucune équivoque.

# TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS PROPRES (1)


A

Achard, 302.
Adams, 241.
Addison, 262, 263.
Alexandre, 140.
Alglave, 355.
Alling, 267.
Alt, 254.
Althaus, 217, 218
Andral, 287.
Aran, 264.
Archambault, 81.
Argyll Robertson, 227, 282.
Aristote, 140.
Arnaud, 26, 141, 301.
Arsonval (D'), 260.
Astros (D'), 257, 258, 259
Atkins, 203.
Aubert, 73.
Aubry, 139.
Audigé, 164, 165.
Axenfeld, 303.
Azan, 153, 261.
Azoulay, 185, 279.

B

Babinski, 302.
Bach, 11.
Baillarger, 19, 26, 37, 40, 77, 98, 112, 113, 115, 121, 135, 140, 155, 206, 211, 214, 215, 218, 232, 276, 280, 283, 285, 288, 290, 306, 309, 389.
Ball, 21, 37, 38, 43, 44, 72, 73, 88, 90, 91, 92, 93, 96, 112, 116, 134, 135, 141, 183, 185, 194, 196, 197, 201, 202, 209, 215, 220, 222, 253, 257, 258, 275, 286, 304, 309.
Ball (W. P.), 9, 10, 11, 12.
Ballet, 35, 64, 96, 123, 186, 190, 199, 224, 249, 262, 285, 293, 300, 302, 308, 321, 355.


(1) Dans cette table, on ne met d'habitude que les noms d'auteurs. Or il arrive quelquefois que quelques-uns de ces derniers sont cités pour des faits qui n'ont rien à voir avec leurs œuvres (livres, leçons, communications orales). D'autre part, on ne peut classer avec les *matières* les noms de certaines personnes (historiques ou autres). Pour ces deux raisons — et comme l'utilité doit primer toutes autres considérations, j'ai cru devoir ne faire qu'une Table qui, ne contenant pres. que que des noms d'auteurs, sera cependant, d'une façon générale, une Table de tous les noms propres de personnes cités dans cet ouvrage (texte ou notes).

Bar, 120.
Barbier, 381.
Bartholin, 150.
Basedow, 300, 301, 302.
Batault, 29.
Baume, 21.
Baumgarten, 14.
Bayle, 36, 152, 182, 183, 212, 278, 282.
Bazin, 244.
Beau, 254.
Béclard (J.), 151.
Becquet, 232.
Béhier, 120.
Béhier (L.-J.), 194, 232.
Belhomme, 79.
Bellières, 224, 226.
Bennett (Alice), 264.
Benoist de la Grandière, 131, 132
Berbez H.), 184.
Bergeron (J.), 206, 381.
Bernard (D.), 238.
Bernouilli, 11.
Bert (Paul), 23.
Berthier, 213, 243, 287.
Bertillon, 191.
Bessières, 245.
Bettencourt-Rodrigues, 254.
Biaute, 110.
Bidon, 217.
Billroth, 157.
Binet, 145.
Blache, 183.
Blin, 291.
Blondeau, 269.
Boëteau, 301.
Boinet, 32.
Boissier, 57, 306.
Boivin, 124.
Bonaparte, 78.
Bonnet, 244.
Bonnet (E.), 227.
Borschoff, 312.
Bosc, 250.
Bosch (Van den), 236.
Boubila, 262.
Bouchard, VI, 6, 13, 15, 39, 64, 206, 215, 236, 239, 241, 242, 249, 250, 254, 268, 294, 321.
Bouchaud, 80, 225.
Bouchereau, 27, 48, 49, 52, 61, 78, 109, 117, 176, 205, 206, 281, 318, 377.
Boucheron, 308.
Bouchet, 32.
Bouchoir, 37.
Boudin, 21.
Bourdillon, 242.
Bourdin, 191.
Bourdon, 205.
Bourgeois, 22.
Bourneville, 22, 33, 38, 53, 55, 106, 264, 274, 295, 298, 371, 380, 386, 389.
Bouvat, 33, 263, 264, 270, 272.
Braun, 121.
Breton, 33, 305
Briand, 205, 230.
Bricon, 106.
Bridger, 255.
Brierre de Boismont, 24, 98, 114, 116.
Bright, 266, 269.
Briquet, 29, 30, 32.
Brissaud, 265, 272, 295, 302, 304, 323.
Brodie, 311.
Brouardel, 116, 124, 328.
Brown-Séquard, 29, 260, 270.
Bruant, 117.
Brunet (D.), 21, 27.
Brunet (H.), 33.
Bucknill, 93.
Bucquoy, 214.

Bué, 122.
Buffon, 107.
Burlureaux, 22.
Butte, 122.

C

Cadéac, 167.
Caligula, 75.
Calmeil, 36, 81, 95, 150, 152, 157, 182, 183, 282, 287.
Campbell-Clark, 119, 121, 123.
Camuset, 72, 184, 203, 221.
Cardan, 105.
Cathelineau, 294.
Cazauvielh, 24, 32, 389.
César (Jules), 105.
Chambard, 56, 135, 194, 196, 199.
Chambrelent, 122.
Chantemesse, 215.
Chapuis, 204.
Charcot, 13, 30, 34, 35, 57, 64, 96, 97, 137, 156, 157, 204, 215, 241, 273, 278, 290, 291, 292, 294, 295, 296, 297, 299, 303, 305, 306, 316, 319, 320, 321, 322, 330, 331, 339.
Charcot (J.-B.), 291.
Charles-Quint, 130.
Charles vi, 149.
Charpentier (A.), 50.
Charpentier (E.), 40, 43, 46, 84, 85, 97, 177, 183, 187, 215, 232, 246, 254, 278, 322, 326.
Charrin, 13, 14, 47, 104, 105, 160, 234, 237, 255, 268.
Chaslin, 111, 113, 232, 295.
Chateaubriand, 131.
Chatenet, 262.
Chauffard, 262.
Chaumier (J.), 219, 220, 307.
Chéron, 209, 211, 213.
Chevalier-Lavaure, 47, 209, 249, 250.
Chipault, 21.
Chomel, 146, 147, 212.
Christian, 46, 153, 154, 183, 186, 199, 209, 211, 221, 257, 262, 275, 307.
Christophe (l'abbé), 389.
Claude (des Vosges) 163, 166, 167, 168, 170, 172, 173, 174.
Clément v, 156.
Clouston, 21, 96, 123, 126, 221.
Colin, 141, 248, 291, 293.
Combarieu, 22.
Combemale, 38, 122, 184.
Confucius, 140.
Conolly, 365.
Constans, 71, 77, 81, 99, 100, 101.
Cossa, 252, 261.
Cotard, 61, 238.
Courty, 118.
Coustan, 191.
Crocq (fils), 17, 40, 236, 322.
Cuisenaire, 375.
Cullerre, 57, 72, 221, 226, 227, 265, 267.
Cuylitz, 104.
Cyr, 256.

D

Dagonet (H.), 187, 240, 279.
Dagonet (J.), 271.
Damiens, 107.
Dareste, 48.
Darwin, 7, 9, 11.
Davidson, 157.
Debove, 30, 34, 157, 266, 320.
Dechambre, 215.
Déjerine, 7, 19, 22, 24, 29, 32, 33, 34, 35, 38.
Delasiauve, 26, 28, 157, 202, 220, 231, 232, 298.
Delaye, 282.

Delpech, 204, 238, 287.
Denis, 158.
Dent, 157.
Deny, 269.
Dericq, 254.
Deschamps, 377, 381.
Descouts, 358.
Desgenettes, 73.
Devay, 21.
Devouges, 201, 203.
Dieulafoy, 264, 268, 272.
Doleris, 122.
Donnet, 177.
Dony, 149.
Doutrebente, 22, 31, 32, 36, 37, 58, 299.
Dubois, 381.
Dubuisson, 145.
Dubuisson (M.), 158, 184.
Dubuisson (P.), 387.
Duchenne (de Boulogne), 280, 282.
Duchon-Doris, 254.
Dufour, 85, 252.
Duhamel, 277.
Dujardin-Beaumetz, 164, 165.
Dumas (G.), 138.
Dumesnil, 71, 77, 99, 100, 101.
Dumlop, 35.
Dupain, 116.
Dupouy, 246.
Dupuytren, 157.
Duret, 154.
Duroziez, 200.
Duterque, 245.
Dutil, 96.

## E

Eberth, 215.
Echeverria, 29.
Edwards (Mlle), 34.
Ellis, 19, 81, 150.
Eloy, 188.
Erlenmeyer, 198.
Esquirol, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 26, 28, 48, 49, 52, 63, 73, 74, 76, 77, 82, 83, 85, 86, 92, 93, 94, 99, 101, 106, 107, 110, 115, 118, 120, 121, 124, 125, 126, 129, 130, 132, 133, 134, 136, 144, 145, 146, 147, 149, 151, 152, 163, 182, 208, 213, 215, 231, 243, 244, 253, 256, 260, 282, 283, 362, 363, 366, 367, 375, 379, 380.
Etoc-Demazy, 232.

## F

Falret (J.), 23, 24, 26, 60, 140, 182, 203, 285, 292, 297, 299, 381.
Falret (J.P.), 24, 149, 208, 389, 390.
Fauconneau, 257, 258.
Faure, 111, 112, 113, 246.
Faure (E.), 119, 120.
Febvré, 261.
Féré, 7, 16, 17, 23, 25, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 38, 40, 42, 45, 47, 48, 53, 54, 55, 56, 57, 63, 75, 99, 103, 105, 107, 113, 114, 122, 130, 133, 135, 136, 137, 138, 140, 143, 146, 151, 152, 178, 223, 233, 238, 240, 241, 242, 289, 290, 294, 296, 298, 320, 372.
Fernet, 215.
Festal, 157.
Fèvre, 242.
Feyat, 255.
Florant, 265, 266, 270, 272
Flournoy, 24.
Forel. 357.
Fournial, 75.
Fournier, 224, 225, 226, 264, 281, 329.

Foussard, 189.
Foville (fils), 109, 208, 209, 211, 283, 286, 288.
Fracastor, 223.
Fraser (Donald), 119.

G

Galezowski, 307.
Galien, 146.
Galippe, 57, 59.
Gall, 24, 26.
Garat, 116.
Garcia-Rijo (de), 119.
Garnier (P.), 71, 88, 100, 102, 148, 175, 176, 177, 178, 180, 184, 197, 205, 299, 366.
Garrod, 241.
Gaucher, 269.
Gautier (E.), 199.
Geoffroy-Saint-Hilaire, 48.
Georges iii, 363.
Georget, 232, 282.
Gilbert, 328.
Gilles de la Tourette, 29, 34, 294.
Girard, 166.
Girard de Cailleux, 146.
Giraud (A.), 72, 222, 228, 389, 391.
Girode, 328.
Gley, 302.
Glover, 213.
Gorsky (Mme de), 119, 120, 124.
Gottschalk, 22.
Gouzer, 145, 150, 151.
Grasset, 35, 236, 303.
Gream, 120.
Grenier, 26, 38.
Grétry, 156.
Griesinger, 31, 32, 52, 95, 98, 110, 119, 129, 152, 155, 156, 213, 215, 218, 220, 232, 253, 257, 307, 311.
Grisolle, 146, 253.
Gubler, 264.
Guillemet, 355.
Guinon (G.), 40, 156, 157, 224, 240, 290.
Guislain, 19, 21, 31, 71, 73, 80, 81, 83, 86, 93, 99, 104, 110, 121, 129, 131, 137, 145, 147, 148, 228, 240, 243, 253, 306, 311, 375.
Gull, 269.

H

Hagelstein, 223.
Hallopeau, 10,
Hamaide, 34.
Hamel, 262.
Hammond (W.-A.), 25, 29, 255.
Hannion, 232.
Hanot, 214.
Hansen, 119, 121, 123.
Haury, 312.
Haydn, 132.
Herpin, 32.
Hésiode, 49.
Hippocrate, 118.
Hiss, 7.
Hoeckel, 7, 10.
Hoesslin, 270, 272.
Huchard, 257, 303.
Huet, 33, 305.
Hugo (Victor), 237.
Huguenin, 204.
Humboldt, 73.
Huntington, 305.
Hurel, 89.
Hus (Magnus), 163.
Hutchinson, 255.
Hyslop, 150.

## I

Icard, 114, 116, 117.
Idanow, 100, 123.
Ireland, 188.
Isch-Wall, 16, 40, 244.

## J

Jaccoud, 264, 269, 280.
Jackson, 296.
Jacquin, 302.
Janet (P.), 30, 113, 136, 233, 294, 299.
Jaubert (E.), 104.
Jeanne d'Arc, 79.
Jennings, 198.
Joffroy, x, 18, 23, 33, 34, 36, 37, 38, 42, 51, 55, 62, 63, 76, 88, 96, 106, 112, 124, 125, 126, 136, 172, 176, 179, 183, 184, 185, 213, 216, 217, 226, 227, 234, 246, 256, 259, 263, 265, 271, 278, 279, 281, 282, 284, 285, 293, 300, 301, 302, 303, 305, 306, 307, 308, 310, 318, 319, 322, 323, 324, 337, 338, 346, 353, 355, 358, 359, 381, 382.
Jolly (P.), 190, 266.
Journiac, 288.
Jussieu, 11.

## K

Kéraval, 286.
Kiernan (J.), 200, 223
Kirn, 199,
Kjellberg, 190.
Klippel, 181, 185, 187, 249, 256, 279, 312.
Koch, vi.
Koeppen, 263, 264.
Korsakoff, 311.
Koster, 147.
Kowalewsky, 200.
Kraepelin, 209, 211, 213, 217, 219, 220.
Krafft-Ebing, 117, 153, 190.
Krauss, 74.
Krishaber, 286.
Kussmaul, 239.

## L

Labadie-Lagrave, 29.
Laborde, 41, 79, 163, 164, 165, 166, 167, 177, 181, 198, 205, 354.
Lacaille, 183.
Lacassagne, 23, 75, 149, 151.
Lachaux (G.), 57.
Ladame, 185, 217, 353, 381, 389.
Laffitte, 155.
La fontaine, 317.
Lagardelle, 245.
Lagneau, 22.
Lailler, 239, 247.
Lallemant, 40, 222, 228, 229, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247.
Lallier, 119, 123, 266.
Lamarck, 9.
Lamy, 265, 272.
Lancereaux, 26, 39, 84, 163, 167, 177, 194, 224, 236, 240, 242, 353, 381.
Landouzy, 14, 35.
Lange, 138.
Lannelongue, 353.
Lannois, 212, 308.
Laroussinie, 214.
Lasègue, 26, 28, 53, 61, 88, 111, 140, 153, 156, 163, 178, 179, 182, 224, 264, 270, 292, 299, 321, 325, 364.
Laugier (P.), 222.
Laurent (E.), 53.
Lavidois, 54.
Lécorché, 238, 239, 264.

Le Dentu, 158, 160.
Lefèvre (Ch.), 358.
Lefilliatre, 225.
Legendre, 39, 117, 204, 206, 236, 237, 294.
Legrain, 15, 27, 31, 37, 38, 52, 53, 55, 60, 96, 141, 162, 175, 178, 180, 207, 249, 320, 353, 381.
Legrand, 14.
Legrand du Saulle, 31, 37, 56, 60, 79, 98, 116, 210, 238, 239, 240, 276, 292.
Leidesdorff, 10.
Leledy, 217, 218.
Lelut, 136.
Lemoine, 212, 219, 220, 248.
Lepicard, 39.
Lépine, 240, 268.
Le Roux, 381.
Leroux, 34.
Leroy, 24.
Letourneau, 7.
Leuret, 93, 136, 147, 343.
Lewinstein, 196.
Lewis, 123.
Lhirondel, 34.
Linné, 132.
Lionnet, 37.
Little, 274, 323.
Littré, 118.
Loiseau, 252.
Lombroso, 40, 41, 144, 145, 147, 326.
Lorry, 241.
Louis, 212.
Louis xiv, 49.
Louis xv, 107.
Lucas, 7, 24, 26, 27, 49.
Lunier, 37, 70, 71, 74, 77, 78, 79, 99, 100, 101, 134, 175.
Lutaud, 358.
Luys, 36, 276.
Lwoff, 286, 288.

## M

Mabille, 25, 40, 211, 219, 222, 228, 229, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 275, 290.
Maccabruni, 24, 25.
Mac-Donald, 120.
Magnan, 26, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 78, 119, 163, 165, 166, 167, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 194, 198, 224, 277, 278, 279, 280, 283, 292, 295, 297, 299, 300, 302, 320, 321, 322, 334, 339, 354, 355, 381, 387.
Mairet, 95, 96, 158, 183, 184, 186, 217, 223, 247, 250.
Maisonneuve (J.-G.-F.), 28.
Malfilatre, 72.
Manacéine, 104.
Manière, 96.
Marandon de Montyel, 26, 36, 91, 92, 116, 141, 177, 194, 213, 220, 288, 332, 381.
Marc, 24, 25, 95, 116, 139.
Marcé, 20, 31, 26, 73, 77, 83, 88, 99, 110, 119, 120, 121, 125, 126, 129, 151, 182, 183, 204, 214, 224, 244, 253, 305.
Marchal (de Calvi), 238.
Marcus, 266.
Marie (A.), 186, 305, 365, 372, 377, 379.
Marie (P.), 106, 234, 279, 295, 303, 324.
Marshall-Hall, 296.
Martin, 14.
Martin (E.), 193.
Martin, (H.), 38.
Martin (R.), 33, 301.

Martinencq, 141.
Mathew (Père), 173.
Mathieu, 34, 306.
Mattison, 198.
Maudsley, 111.
Maury, 113, 276.
Max Simon, 213.
Meige, 57, 304.
Meilhon, 185.
Mesnet, 220, 228.
Métivier, 147, 389.
Meunier, 167.
Mickle (F), 21.
Mickle (J.), 256, 257.
Mireur, 14.
Mobius, 306.
Monod (H.), 89.
Monod (L.), 266.
Monro, 212, 362.
Montespan (M^me^ de), 14.
Moreau de Tours, 19, 20, 21, 24, 32, 39, 41, 45, 73, 98, 111, 188, 291.
Moreau de Tours (P.), 85, 94, 139, 205, 237.
Moreaux, 182.
Morel, 19, 20, 22, 24, 28, 31, 45, 49, 52, 59, 60, 62, 63, 78, 79, 98, 107, 108, 110, 114, 115, 121, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 139, 145, 153, 178, 212, 213, 216, 218, 222, 228, 243, 244, 255, 256, 261, 286, 291, 299, 311, 316, 319, 320, 321, 322, 332, 334, 335, 380.
Morel (J.), 89, 374.
Morel-Lavallée, 224, 226.
Mosso, 103, 104.
Motet, 154, 205, 381.
Mougeot, 339.
Moyer (Harold N.), 255.
Mozart, 11.
Mugnier, 213.
Muller, 249.
Murraté, 259.

## N

Nageotte, 35, 279, 281, 289.
Napias, 71.
Nasse, 182, 215.
Néron, 75.
Neumann, 34.
Nicoulau, 56, 222, 225.

## O

Olhaven, 25.
Ollier (D'), 106, 298.
Olshausen, 121.
Orchansky, 20.
Ovide, 131.

## P

Pactet, 88
Pagès, 116, 141.
Pagliano, 213.
Pantaloni, 261, 262.
Parant, 119, 223, 224, 257, 299, 304, 371.
Parchappe, 84, 93, 129, 283.
Paré (A.), 223.
Paret, 218.
Parkinson, 34, 304.
Pascal (Blaise), 136.
Pascalis, 74.
Pasteur, 164.
Pécharman, 98.
Peeters, 26, 174, 374, 375, 379.
Pelletier, 381.
Penta, 40.
Percy, 178.
Percy Smith, 275, 288.

Perretti, 33.
Peter, 259, 266, 270, 301.
Petit, 117.
Pflüger, 7.
Pichon, 193, 194, 196, 198, 199, 300.
Pick, 309, 310.
Picqué, 261.
Pierret, 185, 186, 218, 270, 279, 281, 308.
Pinel, 23, 68, 133, 134, 243, 276, 362, 364.
Pitres, 227, 296, 299.
Planat, 200.
Planès, 71, 148.
Platon, 140.
Plaxton, 275.
Poinsot, 246.
Ponza, 151.
Porel, 152.
Portal, 39,
Potain, 259.
Pottier, 60
Pouchet, 166.
Pravaz, 195
Proal, 139.
Pronier, 26, 141, 142.
Puteaux, 357.

Q

Quincey (Th. de), 193.
Quinquaud, 210.

R

Rabuteau, 164.
Raffegeau, 205, 262.
Raggi, 309.
Rainaldi-Rinaldo, 265.
Ramadier, 54.
Rancke, 239.
Raymond (F.), 33, 215, 264, 272, 279, 281, 299, 301.
Raymond (P.), 227.
Rayner, 203.
Régis ix, 26, 37, 38, 43, 44, 47, 90, 91, 92, 97, 111, 140, 141, 157, 158, 182, 183, 185, 186, 203, 209, 214, 224 225, 250, 252, 262, 283, 293, 301, 309, 311.
Régnault (F.), 6.
Reid, 120.
Renan, 144.
Renaudin, 71.
Renaut, 302.
Rendu, 185, 264, 279, 281.
Requin, 283.
Rey, 96, 281, 288, 289.
Rhys (William), 308.
Ribail, 264, 265.
Ribot, 11, 25.
Richardière, 205.
Richelieu (Cardinal de), 193.
Richet (Ch.), 189.
Rigal, 153.
Ritti, 24, 135, 186, 199, 209, 215, 253, 258, 275.
Robertson (A.), 203.
Robespierre, 133.
Robin (A)., 263, 269.
Rochard, 171.
Roger, 221, 250.
Roques, 183.
Ross (James), 312.
Rossignol, 159, 200.
Roubinovitch, 232, 259, 293.
Rougier, 289.
Rouillard, 137, 154, 189, 190, 191, 193, 211, 238, 259.
Roussel (Th.), 206, 381.
Rousselle, 381.
Rousset, 183.
Royet, 307.

Russel, 267.
Rutherford-Macphail, 262.

## S

Saisset, 213.
Sanson, 5, 7, 10, 12, 30.
Saucerotte, 256, 258.
Saury, 60, 198.
Sauton, 37.
Sauvet, 213.
Savage, 21, 123, 159, 203, 252, 263, 270, 275.
Say (L.), 355.
Scarron, 105.
Schlager, 153.
Schmid, 54.
Schüle, 124, 215, 277.
Sébastian, 219.
Seegel, 121.
Seglas, 38, 54, 55, 198, 221, 232, 250, 254, 288, 301, 305, 309.
Séguin, 27, 49.
Semal, 89.
Sémelaigne R., 299, 352.
Semmola, 269.
Sérieux, 33, 54, 55, 60, 183, 277, 283, 301, 381, 383, 388.
Serveaux, 249.
Shaw (Claye), 211.
Sigaud, 136.
Simon (J.), 68.
Simon.
Simpsone, 91.
Skae (Francis), 149, 153, 155.
Snell, 237.
Snow (Herbert), 245.
Socquet, 74, 78, 83, 87, 94, 100, 129, 148, 174.
Sollier, 27, 38, 178, 274.
Sollier (Mme), 54.
Souques, 40, 240.
Spencer, 9.
Spitzka, 74.
Stambio, 206.
Steward, 288.
Stojanovitch, 279, 281.
Strauss (P.), 381.
Suckling, 26.
Sutton, 269.
Swediaur, 223.
Sydenham, 218, 305.

## T

Taguet, 26, 116, 141.
Tamburini, 309.
Tanquerel des Planches, 201, 202.
Tardieu, 162.
Targoula, 286, 288.
Tarnier, 118.
Téniers, 11.
Thébeault, 34.
Thivet, 97.
Thomaschewsky, 310.
Thomsen, 34.
Thore, 209, 210, 213.
Tibère, 75.
Titien, 11.
Tonnini, 26.
Topinard, 280.
Toulouse, 44, 50, 96, 97, 119, 124, 126, 134, 177, 180, 221, 222, 225, 232, 249, 263, 287, 303, 309, 316, 335, 357, 369, 374.
Tourdot, 173.
Trélat (M.), 18.
Triboulet, 237.
Trousseau, 35, 212, 228, 266, 300, 303.

Tuczek, 286.
Tuke (Hack), 19, 93.
Turnbull, 96.
Turquan, 163

V

Vallon, 155, 203, 225, 292, 299.
Varigny (H. de), 8, 9.
Varnier, 266.
Vène, 158, 159.
Venturi, 193
Vernay, 50, 177.
Verneuil, 39, 157, 244
Vétault, 190, 381.
Vialetton, 7.
Vibert, 156.
Vidal (E.), 241.
Vigouroux (A.), 21, 26, 27, 302.
Vincent de Paul (Saint), 361.
Virchow, 206.
Vix, 255.
Voisin (A.), 22, 29, 123, 131, 155, 157, 186, 190, 204, 206, 215, 221, 245, 246, 249, 261, 268, 276, 281, 291, 305, 306, 307.
Voisin (J.), 55, 217, 302.
Vrain, 96.

W

Wallace, 9.
Webster, 121.
Weiberg, 263.
Weismann, 8, 9, 11, 14, 20, 46.
Westphal, 280.
Wieger, 121.
Wiglesworth, 96, 261, 275.
Wilks, 264
Williams, 73.
Willis, 363.
Wood, 194
Wormser, 310.

Z

Zambaco, 194, 224.
Zimmermann, 130.
Zohrab, 295.
Zola, 7.

# TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES [1]

## A


**Abdère** (Habitants d'). Folie des —, 149.
**Aboulie** chez les dégénérés, 56.
**Absinthique** (Epilepsie), 180, 339.
**Abstinence alcoolique**, 172, 182, 357, 384, 387. Asiles, hôpitaux et maisons d' —, 382.
**Abyssinie**, 73.
**Accidents pathologiques**. Hérédité des —, 13, 16, 17.
**Accouchement.** — guérissant les psychoses, 125. L'ovulation est un — en miniature, 118. Manie transitoire de l' —, 125.
**Accumulée** (Hérédité), 5. — et folies spéciales, 60, 320, 321.
**Acétone.** Ivresse due à l'—, 239.
**Achats** (Manie des), 26.
**Acquise** (Dégénérescence), 59. (Prédisposition), 3, 50, 51, 324.
**Acrocéphalie** chez les dégénérés, 53.
**Acromégalie**, 246.
**Actinométriques** (Maxima) et criminalité, 151.
**Activité**. Défaut d' —, 105.
**Addison** (Maladie d'), 262.
**Adolescence**. Démence précoce. 96.
**Adulte**. Causes dégénératives chez l' —, 50. Folie chez l'—, 93, 94, 97.
**Affectivité** chez les dégénérés, 55.
**Afrique**, 73, 74.
**Age**, 92 et suiv. — d'élection pour la folie, 93.
**Agonie**, 98.
**Agonique** (Ivresse), 98.
**Agoraphobie** chez les dégénérés, 56.
**Aiguës** (Maladies). Hérédité des —, 13, 17.
**Air**, 146.
**Aisne** (Dép. de l'), 170.
**Aix** (Asile d'), 185.
**Albinisme** chez les dégénérés, 53.


(1) Les indications se rapportent aux matières citées dans le texte seul et non dans les notes. Elles se trouvent généralement au mot significatif, qu'il soit adjectif ou substantif : **Alcoolique** (épilepsie), **Chemins de fer** (accidents des), **Double forme** (délire à) **Puerpérales** (Psychoses), etc... Pour ne pas surcharger certains mots à indications très nombreuses, je n'ai pas réuni celles-là en un seul paragraphe. C'est ainsi que l'on trouvera celles concernant les alcools à **Alcools** et aussi à **Consommation, Distillation, Toxicité,** etc.; celles concernant les dégénérés à **Dégénérés,** pour les considérations générales, et aussi à **Agoraphobie, Bouche, Colonne vertébrale, Génital** (Sens), etc... Il sera bon de recourir aussi au mot **Statistiques,** où sont groupées toutes les indications concernant les recherches numériques. Ces quelques avertissements me dispensent de mettre des renvois dans le corps de la table, ce qui l'aurait allongée inutilement.

Dernier avis. Le tiret — ne sert jamais à séparer les indications, l'une de l'autre. Il tient *toujours* la place du mot ou de la phrase de tête écrits en égyptienne, soit seuls, soit suivis d'autres mots entre parenthèses, ou encore des mots en italique qui forment des classes dans des groupes trop compacts.

Pour les différentes indications appartenant à un même paragraphe, j'ai adopté l'ordre alphabétique, en mettant tout d'abord celles qui commencent par un tiret c'est à-dire par le mot principal ; dans ce dernier cas, c'est naturellement le mot, qui suit immédiatement le tiret, qui commande l'ordre alphabétique.

**Albuminurie**, 268.
**Albuminuriques** (Psychoses), 263.
**Alcooliques.** — auto-accusateurs, 113, 179. — incorrigibles, 387. Albuminurie chez les —, 263. Rejetons des —, 15, 38, 49, 324. Vieux —, 387.
*Alcooliques* (Asiles d'), 380 et suiv. — à l'étranger, 380. Condition principale du placement dans les —, 384. Création d'un — dans la Seine, 381. Malades à placer, 383, 384. Sortie des —, 385, 386.
*Alcoolique* (Délire). — subaigu, 179, 181. — et actualité, 179. — et idées professionelles, 179. — et nuit, 179. — et prédisposition, 180, 208, 332, 337. — prolongé et prédisposition, 333, 334. Exemple de l'action des causes directes, 333. Hérédité du —, 26.
*Alcoolique* (Démence), 181.
*Alcoolique* (Épilepsie), 180. — et essences diverses, 180, 181. — et prédisposition, 180.
*Alcoolique* (Folie), 174 et suiv. — à Paris, 175, 176. — et saisons, 178. — selon les départements, 174, 175.
*Alcoolique* (Intoxication). Formes de l' — 178 et suiv. Symptômes de l', 165.
*Alcoolique* (Ivresse), 178.
**Alcoolisme.** — chronique, 181. — de laboratoire, 177. — des nourrissons, 177. — et âge, 177. — et armée, 177. — et augmentation de la population, 174. — et commotions politiques, 176. — et Commune, 176. — et criminalité, 173. — et exécutions capitales, 174. — et exemptions, 174. — et hallucinations, 51. — et hallucinations unilatérales, 51. — et ignorance, 172. — et imitation, 172. — et paupérisme, 172. — et prédisposition, 178. — et professions, 177. — et prostitution, 176, 178. — et sexe, 176, 177. — et suicide, 174. — professionnel, 84. Budget de l' —, 171. Causes générales, 171. Conditions économiques, 171. Conditions étiologiques diverses, 176 et suiv. Effets biologiques, 173. Effets sociaux, 173. Facteur de la prédisposition vésanique, 51. Hérédité de l' —, 36, 38. Progrès de l' —, 172. Prophylaxie, 352 et suiv.
*Alcoolisme et paralysie générale*, 181 et suiv., 285. — suivant les pays, 185. Anatomie pathologique, 185 et suiv. Augmentation progressive, 184. Diagnostic différentiel, 186. Paralysie générale alcoolique, 183, chez le chien, 184. Paralysie générale cause d'alcoolisme, 186. Pseudo-paralysie générale alcoolique, 181 et suiv.
**Alcools**, 163 et suiv., 207. — de commerce, 163, 165, 167, 172, 354. Interdiction des —, 353.
**Alexandrie**, 73.
**Aliénation mentale.** — maladie générale, 274. Troubles de la nutrition dans l' —, 274.
**Aliénés.** — au commencement de ce siècle, 361, 362. — au XVII[e] siècle, 361. — au moyen âge, 361. — dans l'antiquité, 361.
**Aliénés condamnés**, 88.
**Alimentaires** (Intoxications), 206 et suiv.
**Aliments d'épargne**, 188.
**Allemagne**, 77, 95, 156, 186, 374, 380, 391.
**Allier** (Asile de l'), 174.
**Almaden** (Mineurs d'), 84.
**Alpes.** — maritimes (Dép. des), 173. Basses — (Dép. des), 170. Vallées des —, 74.
**Alsace-Lorraine**, 76.
**Alternance** des troubles mentaux et physiques, 222, 228, 239, 240, 241.
**Amandes amères**. Intoxication professionnelle par les —, 85.
**Aménorrhée**, 117.
**Amérique**, 73, 74, 188, 385.
**Amibes**. Propagation des —, 8.
**Amiens**, 170, 171.
**Amour**. Folie par —, 132. Folie indûment attribuée à l' —, 132.
**Amputés** et hérédité, 10.
**Ancestrales** (Influences) et hérédité, 7.

**Andromède** (Tragédie d'), 149.
**Anémie** cérébrale, 276.
**Anesthésie chirurgicale**, 200.
**Anévrysme aortique**, 256. — et hérédité, 17.
**Angleterre**, 19, 72, 73, 93, 145, 146, 188, 193, 380, 385.
**Aniline**. Intoxication professionnelle par l' —, 85.
**Animaux**. Contagion mentale chez les —, 140.
**Antagonisme** entre l'hérédité de la physionomie et celle du cerveau, 20.
**Anthropophobie** chez les dégénérés, 56.
**Anticipée** (Hérédité), 5.
**Antipyrine**, 199.
**Antisepsie** et folie puerpérale, 351.
**Anurie** chez les hystériques, 265. — dans la pleurésie aiguë, 265. — réflexe, 267.
**Aortiques**, 257. Caractère des —, 258. Délires spéciaux aux —, 258.
**Août**, 148, 151.
**Apogée** et folie circulaire, 147.
**Apoplexie**. Hérédité de l' —, 17.
**Apparente** (Hérédité), 17.
**Appendice**, 395 et suiv.
**Appétence à l'alcool**. Hérédité de l' —, 178.
**Arabes**, 74, 185.
**Arachnitis** ou méningite chronique, 282, 283.
**Ardèche** (Dép. de l'), 170.
**Argyll Robertson** (Signe d'), 227, 285.
**Ariège** (Dép. de l'), 74, 170.
**Armentières** (Asile d'), 174.
**Arriérés** (Enfants). Etablissements pour les —, 380.
**Arsenic**, 200.
**Arsenicisme**. — chronique, 200. — professionnel, 84.
**Arthritiques**. — dans les familles d'aliénés, 43. Antécédents. — chez les ascendants d'aliénés, 40. Caractère des —, 246. Elimination d'acide urique chez les —, 247, 248.
**Arthritisme**. — et lymphatisme, 39. — modalité de la folie, 246, 247. — et paralysie générale, 248 et suiv. — et plomb, 204. — et scrofule, 39, 236. — prédispose les syphilitiques et les alcooliques à la paralysie générale, 248. Alternance des troubles physiques et psychiques, 246, 247. Crises psychiques, 247. Formes psychopathiques propres à l' —, 246. Hérédité de l' —, 16 et suiv. Nutrition dans l' —, 236, 247. Pathogénie des troubles mentaux, 247. Urine dans l' —, 247. Variation parallèle des troubles de la nutrition et des troubles mentaux, 247.
**Artistes**, 84. Organisation nerveuse des —, 42, 85, 86.
**Artistiques** (Professions), 85.
**Asie**, 193.
**Asiles**, 360 et suiv. — hôpitaux, 365, 379, 393. — prisons, 300, 364. — spéciaux, 380 et suiv. Inconvénients d'un séjour dans les —, 368, 369. Origine des —, 361, 362, 363.
**Assistance des aliénés** par le travail, 381, 382. Eclectisme dans les moyens d' —, 392. Mesures d' —, 360 et suiv.
**Asthme**, 40, 306.
**Astres**. Influence des —, 146.
**Asymétrie** chez les dégénérés, 53
**Asystolie**, 257, 259. Auto-intoxication dans l' —, 259. Parallélisme des paroxysmes mentaux et cardiaques, 259. Pathogénie des délires, 260.
**Atavisme**. — et dégénérescence, 64. — et déterminants héréditaires, 8. — vaincu, 17. Définition, 5.
**Atavistiques** (Influences). Elles sont les plus puissantes, 318.
**Ataxie héréditaire**. Hérédité de l' —, 35.
**Athéisme**, 79.
**Athènes**, 133.
**Athérome**, 256.
**Atmosphériques** (Variations), 146.
**Atrophie musculaire progressive**, 290. Hérédité de l' —, 35. Paralysie générale dans l' —, 290.
**Atropine** (Sulfate d'), 200.

**Attentat** à la pudeur, 134.
**Aude** (Dép. de l'), 170.
**Auditions colorées.** Hérédité des —, 24.
**Auditives** (Fonctions). Abus des —, 308.
**Auto-intoxication.** — et délire, 240, 241, 245, 247, 249, 250, 251, 254, 259, 262, 269, 297. — et toxiques extérieurs, 250. Délire hallucinatoire dans l' —, 250.
**Automatisme** comitial ambulatoire, 299.
**Automne,** 147, 148.
**Autriche**, 73, 391.
**Aveugles.** Hallucinations de la vue chez les —, 306.
**Avril**, 151.

B

**Bailleul** (Asile de), 390.
**Barbe** chez la femme, 262.
**Barométriques** (Variations), 146.
**Basedow** (Maladie de), 300.
**Bavière**, 73.
**Bégayement** chez les dégénérés, 55.
**Béguinage** de Gand, 80.
**Belgique**, 71, 89, 99, 372, 374, 391.
**Belles-mères** et âge critique, 116.
**Béziers**, 171.
**Bicêtre** (Hospice de), 133, 362.
**Biens** des aliénés. Loi sur les —, 402.
**Bilatérale** (Hérédité), 5.
**Biologiques** (Causes), 90 et suiv.
**Biophores.** Lutte des —, 8.
**Blennorrhagie**, 227, 228.
**Blessés.** Délire nerveux des —, 105.
**Board-in-Lunacy**. 373.
**Boissons hygiéniques**. Dégrèvement des —, 356.
**Bon Marché** (Magasins du), 116.
**Bordeaux**, 170, 171, 185.
**Bouche** chez les dégénérés, 54.
**Bouches-du-Rhône** (Dép. des), 170, 173.
**Bouffées délirantes**, 60.
**Bouffons**, 237.
**Bouilleurs de crû**, 168, 169, 172, 352, 354, 355.
**Bouledogues.** Oreilles des —, 10.
**Boulogne**, 170.
**Bourgeoises** (Classes) et civilisation, 69.
**Bourges** (Asile de), 378.
**Boutiquiers** (Petits). Alcoolisme professionnel des —, 85. Vie des —, 67.
**Bretagne**, 81, 144.
**Bretons**, 132.
**Bright** (Maladie de), 263, 264, 266, 267, 268, 269. Auto-intoxication dans la —, 239.
**Bromure de potassium**, 199.
**Bruxelles**, 89.

C

**Caen**, 170, 171.
**Café**, 188.
**Cafés de tempérance**, 388.
**Calais-St-Pierre**, 171.
**Calculs biliaires** chez les aliénés, 238. — dans la paralysie générale, 237, 238.
**Calenture**, 148, 149.
**Calomnieuses** (Accusations), 131.
**Calvados** (Dép. du), 170.
**Campagnes**. Dégénérescence dans les —, 72. Folie dans les —, 71, 72.
**Camphre**, 200.
**Cancer**, 40, 244 et suiv. — chez les aliénés, 245. — et arthritisme, 244. — guérissant folie, 245. — maladie infectieuse, 244, 245. Auto-intoxication, 245. Contagion, 244. Hérédité dans le —, 16, 17. Pathogénie des troubles mentaux, 244, 245.
**Canicule**, 148.
**Caractère.** — chez les dégénérés, 56. — et formes psychopathiques, 235.
**Caractères acquis**, 7, 8, 15, 16. — et gemmules, 7, 8. Hérédité des —, 9 et suiv. 45. Les — biologiques et pathologiques peu transmissibles, 318, 319.
**Carbonique** (Acide), 204.
**Cardiaques.** Emotivité morbide chez les —, 258. Etat mental des —, 257,

258. Folie —, 259. Folie congestive chez les —, 276.
**Castration**, 106.
**Cataracte**, 307.
**Causes en pathologie**. Complexité habituelle des —, 328. Définition, 326. Difficulté de connaître les véritables —, V et suiv.
**Causes en pathologie mentale**. — apparentes, VII. Classification des — VIII, IX. Critique de l'emploi de ce mot, 337. Comment il faut comprendre les —, 335. Difficulté de leur étude et doctrine de la prédisposition vésanique, VIII. Importance des doctrines sur les —, 316. Principales inconnues à résoudre, V et suiv.
**Célibat**, 82, 83.
**Célibataires**. Proportion des — aliénés et sains, 83.
**Cellules** pour les aliénés, 362.
**Cellules nerveuses** dans l'affaiblissement intellectuel, 286.
**Cénesthésie** et idées de négation, 309.
**Centre** (Dép. du), 74.
**Cérébral** (Cancer), 287. — et démence, 287.
**Cérébraux** de Lasègue, 325.
**Certificat médical**. Loi, 397. Modèle, 405, 406.
**Cervelet**, 286.
**Cévenols** (Enfants) prophétisant, 95.
**Chaînes** pour les fous, 362, 370.
**Chaleurs**. — fortes, 148. — prolongées, 148, 149. Coup de —, 149.
**Charbon** (Maladie du), 221.
**Charenton** (Maison de), 19, 82, 366.
**Chatterton**, 139.
**Chemins de fer** (Accidents de), 156, 157. — et hystérie, 156, 157.
**Chine**, 73.
**Chloral**, 199.
**Chloroforme**, 159, 199, 200.
**Chlorose**, 40, 236.
**Choc moral**, 135. — et delirium tremens, 135. — et épilepsie, 135. — et hystérie, 135.
**Choléra**, 220, 221. — et paralysie générale, 220. — et prédisposition, 221. Confusion mentale dans la convalescence, 221. Délire hallucinatoire dans la période de réaction, 220.
**Chorée**, 305, 306. — et prédisposition, 305, 306. — maladie infectieuse, 306. Etat mental, 305. Hallucinations de la vue, 305 Hérédité de la —, 33.
*Chorée aiguë*. Délire fébrile, 305.
*Chorée chronique*, 305.
*Chorée héréditaire*. Hérédité de la —, 33.
**Chroniques** (Maladies). Rejetons dans les —, 14, 15.
**Chute** sur la tête, 152.
**Circoncision**. Hérédité de la —, 10.
**Circonscrites** (Lésions encéphaliques). Diagnostic avec la paralysie générale, 287, 288. Emotivité dans les —, 288. Fréquence des troubles mentaux, 286, 287.
**Circulatoire** (Appareil). Maladies de l' —, 256 et suiv.
**Cirrhoses** hépatiques, 255, 328.
**Civilisation**, 67 et suiv., 145. — et assistance publique, 69 et suiv.
**Classification** des maladies mentales, 23. — basée sur la pathogénie, 332 et suiv. — et sécurité publique, X, 31.
**Clermont-Ferrand**, 170, 172.
**Climat**, 144, 145.
**Clinique** des maladies mentales à Ste-Anne, X, 176, 193.
**Cobayes** épileptiques, 29.
**Coca**, 188.
**Cocaïne**, 197, 198, 199. — remplaçant la morphine, 198.
**Cocaïnisme**. — par administration locale, 198, 199. Hallucinations, 198. Hyperexcitabilié neuro-musculaire, 198. Symptômes, 198.
**Cœur** (Maladies du), 256 et suiv. — chez les aliénés, 257. — et prédisposition, 259. Auto-intoxication dans les —, 259. Exacerbation parallèle des symptômes physiques et mentaux, 256, 258, 336. Formes psychopathiques selon lésion, 257. Hallucinations terrifiantes, 256. Pathogénie des délires, 259, 260.

**Cognacs**. Falsification des —, 166.
**Coït**. Abstention après les cérémonies funèbres, 49.
**Coliques** hépatiques, 256.
**Collatérale** (Hérédité), 5, 8, 20.
**Collective** (Folie), 138 et suiv.
**Colonies d'aliénés**, 372 et suiv. — autonomes, 374.
**Colonne vertébrale** chez les dégénérés, 54.
**Commerçants**, 84.
**Commissions de surveillance des Asiles**. Attribution des —, 402.
**Commotions politiques**, 76 et suiv. Effets heureux, 79.
**Commune** (Evénements de la), 41, 77, 78, 79.
**Conception.** — en état d'ivresse, 49. Parents aliénés au moment de la —, 20.
**Conceptionnelle** (Folie), 121, 124.
**Condamnations** des aliénés, 88.
**Confusion mentale**. — est un symptôme, 233, 234. — et fatigue chronique, 233. Anarchie des centres nerveux, 233. Aspects cliniques, 233. Automatisme psychologique, 233. Caractères, 232, 233. Pathogénie, 233.
**Congénitale** (Prédisposition), 47 et suiv.
**Congénitalité**, 6,
**Congestif** (Etat), 107. — et idées homicides, 107.
**Congestion cérébrale**, 156, 276.
**Congestive** (Folie), 276. — et prédisposition, 276.
**Consanguinité**. — et croisements, 22. — et dégénérescence, 22. — et hérédité, 21. — et infirmités, 21. — et tares familiales, 22. — et terrain, 23.
**Consommation de café** hygiénique à créer, 356.
**Consommation alcoolique**, 169 et suiv. — comparée avec la consommation du vin, de la bière et du cidre, 169, 170, 171. — moyenne, 169. — selon les départements, 169, 170. — selon les villes. — totale 170.
**Constipation**, 255.
**Contact des aliénés**, 86, 87. — dangereux pour certains aliénés, 367.
**Contagion** congénitale, 13, 14.
**Contagion mentale**, 138 et suiv. — de l'homme aux animaux, 139, 140. — des idées délirantes, 140 et suiv., 147. — des idées politiques, 139. — des mauvaises mœurs, 11. — et exécutions capitales, 139. — et imitation, 140. — et suggestion, 143. Facteurs prédisposants de la —, 141. Pathogénie, 142, 143.
**Continence**, 106 et suiv. — et dégénérescence, 108. — et délire mystique, 108. — et rêves voluptueux, 108.
**Contraventions** pour ivresse, 173, 356, 385.
**Convalescence**, 210 et suiv., 220, 221, 230. Délire de la —, 212.
**Convergente** (Hérédité), 6, 7.
**Convulsions**. Leur signification au point de vue de la localisation cérébrale, 296.
**Coprolalie** chez les dégénérés, 57.
**Cornes** et hérédité, 10.
**Cornier** (Procès de la Fille), 139.
**Corrèze** (Dép. de la), 170.
**Corse**, 74, 173.
**Corses**, 132.
**Côte d'Or** (Asile de la), 174.
**Côtes-du-Nord** (Dép. des), 173.
**Couches** (Folies des femmes en), 118 et suiv.
**Couleurs** de la lumière, 151.
**Coupage** des vins, 166.
**Cours** (Curé de), 107.
**Couvents**. Aliénés dans les —, 80. Paralysie générale dans les —, 80.
**Crampes musculaires** alternant avec troubles mentaux, 311.
**Crimes**. — et folie, 88. Contagion des —, 139. Hérédité des impulsions aux —, 27.
**Criminalité** et alcoolisme, 173, 174.
**Criminels**. — dans les familles d'aliénés, 40, 41. Asiles pour les aliénés —, 380.
**Cristallisation** et contagion mentale, 143.
**Croisades** d'enfants, 95.

**Croisée** (Hérédité), 5.
**Crustacés des cavernes** et hérédité, 10.
**Cryptorchidie**, 106, 262.
**Cuisiniers** (Folie des), 205. — et alcoolisme, 205.
**Cutanées** (Maladies), 242 et suiv. — alternant avec folie, 243. — effets des troubles névropathiques, 242.

D

**Danemarck**, 72.
**Dartres** alternant avec folie, 243.
**Débilité mentale**. Hérédité de la —, 27.
**Débits de boissons alcooliques**, 172, 173. Limitation des —, 356.
**Déclassés**, 350.
**Dégénérative** (Folie), 60 et suiv., 320 et suiv.
**Dégénératives** (Causes) selon âge, 324, 325.
**Dégénérés**. — délinquants, 343. — nés d'individus tarés, 320. — supérieurs, 59. Caractères des —, 17, 319. Dissemblance des — avec leurs parents, 45, 319. Excitabilité, 57. Humeur des —, 56. Ressemblance entre les —, 45, 319.
**Dégénérescence**. — acquise, 63. — et congénitalité, 64. — et hérédité accumulée, 52. — et malformations congénitales, 63. — et tératogénie, 64. Caractères de la —, 52. Causes prochaines, 63. Conception synthétique d'attente, 322. Définition, 62, 320. Déviation du type normal, 62. Difficulté de la délimiter, 321, 322. Formes psychopathiques de la —, 59, 60, 61. Graduation de la —, 322. Interruption de l'hérédité, 63. Progression de la —, 59. Signes anatomiques, 323. Théories, 52. Transmission de la —, 63, 320.
**Dégustateurs professionnels**. — d'alcool, 84, 177. — de thé, 188.
**Délinquants**. Examen médical des —, 89.
**Délirantes** (Idées). Leur valeur dans la classification des maladies mentales, 340.
**Délire**. — à deux, 140, 141. — aigu et insolation, 149. — chronique, 60. — d'emblée, 321. — des dégénérés, 56. — est la réaction du cerveau, 235. — partiels (hérédité dissemblable des) 31. — polymorphe, 60. — vésanique et — symptomatique, 209. — vésanique est un aboutissant à de nombreux états morbides, VII. Importance illégitime du — en nosographie, 248, 249. Rapport du délire avec la nature de la cause, 334.
**Delirium tremens alcoolique**, 179. — et auto-intoxication, 181.
**Délits** commis par les aliénés, 88. — et saisons, 148.
**Démence**. — agitée, 232. — aiguë, 231. — paralytique, 283.
**Dentaires** (obsessions) chez les dégénérés, 57.
**Dents**. Eruption tardive des —, 106.
**Dépôt** (Infirmerie spéciale du), 71, 88, 116, 366.
**Dermatoses**. — chez névropathes et aliénés, 242.
**Descendants** frappés par la dégénérescence, 59.
**Déséquilibrés** dans les familles d'aliénés, 42.
**Despotisme**, 74, 75.
**Désuétude** et hérédité, 10, 12.
**Déterminants**. Théorie des — dans l'hérédité, 8. — psychologiques personnels au malade, 340.
**Deux-Sèvres** (Dép. des), 173
**Diabète**, 40 et suiv., 238, 239, 240. — et paralysie générale, 238. — et prédisposition, 240. Auto-intoxication, 239, 240. Hérédité, 16, 240. Idées de suicide, 239. pathogénie des troubles mentaux, 239, 240.
**Diathèse**, 17, 39. — une, 236. Définition, 15, 236. Hérédité, 16, 18.
**Diathésiques**. — et dégénérés, 251. Antécédents — des aliénés, 39. Hérédité des états —, 15.
**Digestifs** (Troubles). — et auto-intoxi-

cation, 254. — retentissant sur le délire, 254.
**Digestion**. Son influence sur la pensée, 253.
**Digitale**, 200. Délire nocture, 20.
**Dijon**. 170.
**Diphtérie**, 221.
**Dipsomanie**. — **alcoolique**, 180. — chez les dégénérés, 57. — **tabagique**, 192.
**Directe** (Hérédité), 6.
**Directes** (Causes), 67 et suiv. — et prédisposition, 315 et suiv. Les — ne seraient pas les vraies causes, 327.
**Discipline**. — avec les dégénérés, 343, 380. Sa légitimité, 365.
**Discours** nocturne (Manie du), 26.
**Dissemblable** (Hérédité), 6, 14, 16, 30, 31, 319.
**Dissolution** de l'hérédité, 17, 320.
**Distillation des alcools**, 163, 168, 169. — de diverses origines, 168.
**Divorce**. — et folie, 348. — accordé contre les ivrognes, 349. — en cas de non déclaration de tares graves, 348.
**Doigts** chez les dégénérés, 55.
**Domestiques**, 84.
**Dordogne** (Dép. de la), 170.
**Double forme** (Folie à). Hérédité de la —, 24.
**Douleur**. Ses effets, 105.
**Dresde**, 139.
**Duels** imaginaires, 112.
**Dunkerque**, 170, 171.
**Dun-sur-Auron** (Colonie de), 369, 377 et suiv. Organisation, 377, 378. Origine, 377.
**Dysménorrhée**, 115.

## E

**Eclampsie**. — maladie microbienne, 122. — variété d'épilepsie, 296 et suiv.
**Ecosse**, 185, 372, 373.
**Eczéma**, 40.
**Education**. — des prédisposés à la folie, 349. — et hérédité, 27. — sociale des dégénérés, 343.
**Egypte**, 144, 188.
**Electricité atmosphérique**, 145.
**Electriques**. Marées —, 145. Tension —, 146, et hystérie, 146.
**Embryogénique** (Evolution) et prédisposition, 3.
**Embryon**. Développement anormal de l' —, 48. Influences dystrophiques sur l' —, 319.
**Emotionnelle** (Ivresse), 135.
**Emotions**. — antérieures et attaques d'hystérie, 136. — asthéniques, 137. — et amnésie, 134. — et conversion religieuse, 136. — et écholalie, 136. — et excitations physiques, 138. — et formes psychopathiques, 134, 135. — et guérison des psychoses, 136. — et sexe, 130. — gaies, 133. — obsédantes, 136. — sthéniques, 137. — tristes, 133. — violentes et stupeur, 133. — vives et confusion mentale, 135. Causes prédisposantes aux —, 130. Classification, 137. Pathogénie, 138. Prédisposition aux — 130. Sujet des — et délire, 135, 136. Systématisation de leurs effets, 137.
**Emotivité morbide**. — des dégénérés, 57.
**Employés**, 86.
**Enceintes** (Femmes). Folie des —, 118 et suiv., 124.
**Encéphale**. Circulation de l' —, 276. Lésions diffuses, 285, 286. Maladies de l' —, 277 et suiv.
**Encombrement des asiles**, 70, 71, 360, 361. — et sociétés de patronage, 391. Malades non justiciables des asiles, 365, 366.
**Enfance**, 93, 94, 95. Maladies de l' — et dégénérescence, 50. Prétendue immunité de l' — pour la folie, 95.
**Enfant**. Contagion des idées délirantes chez les — 95. Impulsions homicides, 95. *Moi* de l' —, 95.
*Enfant du Jubilé*, 49.
*Enfants du siège*, 48.
**Entités morbides**. — ne sont que des syndromes, 329. Difficulté de les établir, 329.
**Envie** des femmes enceintes, 124.

**Epilepsie**, 294 et suiv. — est-elle une ? 296, 297. — et dégénérescence, 295. — et hystérie (transmission réciproque), 32. — et infections infantiles, 295, 324. — larvée, 299. Amnésie, 298. Causes provocatrices, 295. Coexistence avec maladies mentales, 300. Conditions anatomiques, 295, 296. Décharges émotionnelles, 298. Formes différentes selon ses causes, 297. Grand mal intellectuel, 299. Hérédité de l' —, 28, 29, 32, 33. Impulsions, 298. Pathogénie, 296. Petit mal intellectuel, 299. Prédisposition, 296, 297. Variétés, 330, 331.

**Epileptiques**. — sont des dégénérés, 297. Actes, 299. Démence, 298, 299. Etablissements pour —, 380. Etat mental, 297 et suiv. Idées fixes, 298

**Equinoxe**, 145.

**Erotique** (Délire) et délire mystique, 81, 108.

**Erysipèle**, 211, 212. — et paralysie générale, 211, 212.

**Espagne**, 75, 185.

**Essences**, 166, 167. — d'absinthe, 167.

**Est** (Dép. de l'), 169.

**Estomac**. Dilatation de l' — et alcoolisme, 254. Cancer de l' —, 244, 255, et chagrin de famille, 255, et hallucinations, 244.

**Etablissements d'aliénés**. Organisation des — (Loi), 395, 396.

**Etat-civil**, 81 et suiv. — et sexe, 82, 83.

**Etats-Unis**, 73, 81, 380.

**Eté**, 147, 148.

**Ether**, 159, 199, 200. — et prédisposition, 199. Ivresse, 199.

**Ethéromanie**, 199.

**Etiologiques**. Les psychoses ne sont pas —, 335. Les conditions — sont ordinairement nombreuses, 337, 338.

**Etudes** au commencement du siècle, 68.

**Eure** (Dép. de l' —), 170.

**Europe**, 100, 145.

**Européens**, 132.

**Evolution**. Arrêt de l' — et stigmates physiques, 64. Victimes de l' —, 76.

**Examen médical**. — des clients des maisons de prostitution, 352.

**Excès**. — et névropathie, 104, 110.

**Exercice**. — et hérédité intellectuelle, 11. — violent et excitation des maniaques, 104. Excès et défaut d' —, 103 et suiv. Hérédité d' —, 9 et suiv.

**Extinction** de maladies sous l'influence de la civilisation, 74.

**Extrême Orient**, 193.

## F

**Faciale** (Paralysie). Hérédité de la —, 34.

**Facteurs**. — de la prédisposition, congénitaux, 47, 49, héréditaires, 5. — pathologiques et formes morbides, 327 et suiv.

**Faim**, 106.

**Falsification** des alcools, 166.

**Familial** (Placement) 369. — dans la famille du malade, 371, 372. Avantages, 369, 370. Dépenses, 370. Inconvénients, 370, 371. Modes, 372. Opinion des malades, 373.

**Familiale** (Folie), 141.

**Famille**. — biologique, 15. — d'aliénés, 44, 90, 91, proportion des névropathes, 43. — de dégénérés, 63. — étalon, 43, 44. — morbides, 319. — neuro-arthritique, 39. — névropathiques, 3, 45, 46, 319. — normales, 44. — saines, 90, 91. Difficulté de limiter la —, 346,

**Fanatisme** et persécution, 76.

**Fatigue**, 152. — est une maladie, 104. — et auto-intoxication, 103. — et état névropathique, 103. — et hystérie, 103, 104. — prolongée et convalescence, 103. Symptômes, 103.

**Fébricitants**. Etat mental, 106.

**Fébrile** (Délire). 212, 216, 217, 218, 230, 336. — et intoxications minérales, 231. Délire post —, 8, 230, hallucinatoire, 230. Pathogénie, 230, 231.

*Fébriles* (Psychoses post), 231 et

suiv. — et âge, 231. — et sexe, 231. Confusion mentale, 231 et suiv.

**Fécondité exagérée** chez les dégénérés, 57, 58.

**Femmes**. — et hérédité, 46. — et paralysie générale, 100, 101, 102. Admissions, 100. Aptitudes névropathiques, 101. Revendications légitimes, 351, 352. Sens génital, 108. Surmenage des —, 68.

**Février** (Mois de), 148.

**Fièvre Typhoïde**, 212 et suiv. — et délire aigu, 214. — et paralysie générale, 215. — et prédisposition vésanique, 216. — et urémie, 266. Confusion mentale, 216. Convalescence, 214, 215. Délire hallucinatoire, 214, nocturne, 214, pertyphique, 213, Post-typhique, 213, symptomatique simulant l'aliénation mentale, 244. Déséquilibration consécutive, 215. Pathogénie des troubles psychiques, 215. Psychoses post-Fébriles, 231.

**Fièvres**. — et causes occasionnelles, 328. — éruptives, 210, 211. — graves et prédisposition vésanique, 3.

**Finistère** (Asile du), 174.

**Flegmes** provenant de la distillation des alcools, 165.

**Fœtus**. — et dégénérescence, 64. Empoisonnement du —, 47. Influence des principes morbides sur le —, 17.

**Foie**. Abcès, 255. Cancer, 255. Maladies diverses, 255, 256, et auto-intoxication, 255.

**Folie**. Définition rationnelle, IX, X. Sens restreint et sens général, IX.

**Fonctionnaires**, 84.

**Fonctionnels** (Troubles) chez les dégénérés, 55.

**Force des aliénés**, 373, 374.

**Formes psychopathiques**. — en rapport avec espèce toxique, 208, avec facteurs, 331, avec temps d'action du facteur, 333, 334. — types, 332. Diversité, 46.

**Foules**, 75. — êtres spinaux, 75.

**Français**, 132.

**France**. 73, 74, 76, 87, 99, 100, 139, 156, 167, 169, 172, 185, 380, 386, 390.

**Friedreich** (maladie de), 35.

**Frigidité** génitale, 108.

**Froid**, 150, 152.

**Fumer**.

**Fumeurs**. — et abstinents, 191, 192. Aliénés —, 193.

G

**Gaillon** (Asile de), 89.

**Gale**, 243.

**Gand**. Asile de —, 99, 370, 375. Béguinage de —, 80.

**Gard** (Dép. du), 170.

**Gemellaire** (Folie), 20, 21.

**Gemmules**. Théorie des —, 7.

**Générales** (Maladies), 235 et suiv. — chez ascendants d'aliénés, 39. — et paralysie générale, 251. Confusion mentale, 251. Considérations générales, 246 et suiv. Délire hallucinatoire des exacerbations aigues, 251. Démence, 251.

**Génératives** (Cellules), 17, 46, 49. — et hérédité, 319.

**Génésiques** (Obsessions) chez les dégénérés, 57.

**Génie**, — et pays de montagne, 144. — et pays de plaine, 144. — névrose 41. Caractères du —, 41. Définition du —, 41, 42. Hommes de —, dans les familles d'aliénés, 41.

**Génital** (Sens) chez les dégénérés, 55, 57.

**Génitaux** (Organes), 260 et suiv. Anomalies, 262, chez les dégénérés, 55. Maladies des — et idées érotiques, 262, et prédisposition, 262, pathogénie des délires, 262.

**Germes**. — et infections, 9. — et intoxications, 9. Affaiblissement des —, 14, 15. Influence des principes morbides sur les —, 18. Nutrition des —, 9, 11, 16.

**Gers** (Dép. du), 174.

**Gheel** (Colonie de), 369, 370, 371, 374, 375, 376, 377. Infirmerie centrale, 375.

Nourriciers, 375. Opinion des médecins, 375, 376. Origine, 374, 375.
**Gironde** (Dép. de la), 170.
**Glandes**. Effets de leur suppression, 106.
**Glycosurie**. — au début de la paralysie générale, 238, 239. — chez les aliénés, 239.
**Goître exophthalmique**, 300 et suiv. — associé à l'alcoolisme, 301, à l'épilepsie, 300, 301, à l'hystérie, 300, à la mélancolie, 301, à la neurasthénie, 301, au délire chronique, 301. — et dégénérescence, 302. — et glande thyroïde, 106, 302, 303. Hérédité du — 33. Pathogénie des délires, 302, 303. Prédisposition, 301.
**Goutte**, 40, 240, 241. — et paralysie générale 241. — guérissant folie, 241. — rétrocédée, 241. Coexistence avec l'aliénation mentale, 241. Condition des troubles mentaux, 241. Délire hallucinatoire, 241. Démence 241. Hérédité de la —, 16.
**Goutteux**. Rejetons, 16.
**Grands hommes**, Défauts des —, 42.
**Graveleux**, 16.
**Gravelle**, 40, 237, 238. — rénale, 238. Hérédité, 16.
**Grèce**, 145, 185.
**Grenoble**, 170, 171.
**Grossesse**. — chez les aliénés, 370. Psychoses de la —, 120 et suiv.
**Guerre**. — franco-allemande, 77, 78, 134, 194. — et émotions, 134.
**Guillotine**, 139.
**Gynécologiques** (Manœuvres), 158, 159.
**Gynecomastie** chez les dégénérés, 53.

## H

**Hachisch**, 188.
**Hallucinations**. — mystiques chez les dégénérés, 111. Causes anatomiques cérébrales, 310. Hérédité des —, 24.
**Haute-Garonne** (Asile de la), 174.
**Haute-Vienne** (Dép. de la), 174.
**Hébéphrénie**, 95.
**Hématophobie**. — chez les dégénérés, 56. Hérédité de l'—, 26.
**Hémorrhagie**. Amnésie consécutive à une —, 236.
**Hémorrhoïdes** chez ascendants d'aliénés, 40.
**Hépatique** (Insuffisance), 256.
**Hérault** (Dép. de l'), 170, 173.
**Héréditaires**. Folie des — 274, 315 Sujets — et dégénérés, 61, différence, 321.
**Hérédité**. — accumulée, 320. — dans les maladies mentales, 18. — de la physionomie, 20. — de l'état morbide, 319. — en biologie 5, 6. — en pathologie, 13, 17. — et causes extérieures, 11, 13. — et contagion après la naissance, 318. — et contagion fœtale, 317. — et contagion physique et morale, 319. — et dystrophies du générateur, 318. — et générateurs, 46. — pathologique apparente, 18. — psychopathique exceptionnelle, 45, 46. Cause efficiente des psychoses, 315. Cause prédisposante, 315 et suiv. Combinaisons, 7. Intermittences, 20. Signification, 321. Théories, 7 et suiv.

*Hérédité morbide*. — est une dissolution de l'hérédité, 320. — exceptionnelle, 45. — serait une susceptibilité spécialisée, 319. Complexité des phénomènes, 316. Non transmission de l'accident morbide, 318. Phénomènes complexes, 317.
**Hérédo-infections**, 13. — syphilitique, 13. — tuberculeuse, 13, 14.
**Herpétisme**, 39, 236.
**Hiver**, 147, 148.
**Hollande**, 145.
**Homicides**. — commis par des aliénés libres, 371. Impulsions — chez les dégénérés, 57, leur hérédité, 25, chez l'enfant, 132, 133.
**Hommes** aliénés, 99. Proportion des admissions, 100.
**Homochrone** (Hérédité), 5, 20.
**Huiles de vin**, 166.
**Humidité**, 145.

**Huntington** (Chorée de), 305.
**Hydrargyrisme**. — chronique, 204, et hystérie, 204. Intoxication professionnelle, 84.
**Hydrophobie**. Hérédité de l' —, 26.
**Hygrométrie**, 146, 152.
**Hymen** des vierges et hérédité, 10.
**Hyperhydrose émotionnelle**. Hérédité de l' —, 26.
**Hyperthermie**. — dans mal de Bright, 269. — et délire, IX, 22, 208, 210, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 218, 220, 221, 223, 228, 230, 235, 240, 275.
**Hypnagogiques** (Hallucinations). — dans la suspension des règles 276. — et congestion de la tête, 276. Prodromes de folie, 113.
**Hypochondriaques** (Idées). Hérédité des —, 24.
**Hypospadias**, 262.
**Hystérie**. — est une fatigue chronique, 294. — et dégénérescence 62, 293. Agents provocateurs, 290. Hérédité de l' —, 28, 29, et imitation, 29, 30. Langage télégrammatique, 292. Maladie psychique, 294. Ralentissement de la nutrition, 294. Troubles somatiques, 294.
**Hystériques**. — sont des dégénérés, 292, 293. Délires — analogues aux délires toxiques, 290, liés aux attaques, 290. Folie —, 291 et suiv. Hérédité des —, 32. Idées fixes chez les —, 113.

I

**Idées fixes**. — chez les dégénérés, 60. — dans la convalescence de la fièvre typhoïde, 214, 215.
**Idiotie**. — et myxœdème, 27, 106. — est un syndrôme, 27. Hérédité de l' — 27.
**Idiots**. Etablissements pour enfants —, 380.
**Iles Britanniques**, 145.
**Ille-et-Vilaine** (Dép. de l'), 174.
**Imbécillité**. Hérédité de l' —, 27.
**Imitation**. — dans les corps inorganiques, 143. — et hérédité, 26, 45.
**Immédiate** (Hérédité), 5.
**Immortalité** de la substance vivante, 8.
**Impaludisme**, 218 et suiv. — donnant aptitude vésanique à l'alcoolisme, 220. — et paralysie générale, 220. Délires fébriles, 218, guéris par la quinine, 218, 219, hallucinatoires, 219, leur pathogénie, 219.
**Imposée** (Folie), 141.
**Imprégnation**. Hérédité par —, 6.
**Impressionnantes**. Maladies — et non —, 142.
**Impressions** de l'enfance, 132.
**Impuissance** génitale, 262. — morale. 108.
**Impulsions** — chez les dégénérés, 56, 57. Hérédité des —, 25.
**Inanition**, 105. — et accidents nerveux, 105. — et courage, 105. — et infections, 105. Délire, 105, 106. Etat mental, 105.
**Incontinence d'urine** chez les dégénérés, 55.
**Indes**, 145, 188.
**Indigo**. Intoxication professionnelle par l' —, 85.
**Infantile** (Eclampsie). Antécédents héréditaires vésaniques dans l' —, 33.
*Infantile* (Paralysie). Hérédité de la —, 135.
**Infantilisme** chez les dégénérés, 53.
**Infectieuses** (Maladies) 208 et suiv. — et prédisposition, 235. Délire de la convalescence, 230, de la période aiguë, 229, 230, divers, 208, 209, 229 et suiv. Formes psychopathiques selon chaque —. 235. Pathogénie des psychoses liées aux —, 235. Prophylaxie, 351 et suiv.
**Infectieux** (Délires), 208 et suiv.
**Infection** — et épilepsie, 234. — et hérédité, 16. — et névrites, 234. — et paralysie générale, 234. — et prédisposition, 234, 235. — et sclérose en plaques, 234. — et système nerveux, 234. — et tabes, 234. Causes banales, 234. Effets éloignés, 234.
**Infirmerie centrale** dans les colonies d'aliénés, 371, 372, 377.

**Influence** (Hérédité par), 6.
**Influenza**, 216 et suiv. — et paralysie générale, 218. — et prédisposition, 218. Confusion mentale, 218. Délires fébrile, 217, post-fébrile, 217, 218, leur pathogénie, 218.
**Innéité**, 7.
**Inorganiques** (Corps), 143.
**Insolation**, 149, 150. — et convulsions épileptiformes, 150. — et paralysie générale, 149, 150. — et suicide, 149.
**Intellectuelles** (Anomalies). — chez ascendants d'aliénés, 40. Hérédité des —, 11.
**Interdiction des aliénés** (Loi), 402.
**Internement** et sécurité sociale, 209.
**Interruption** de l'hérédité normale. La dégénérescence est l' —, 45.
**Intoxications**, 162 et suiv. — et auto-intoxication, 162. — et infections, 162. — et prédisposition, 108.
**Invalide** (Cerveau), 62.
**Iodoforme**, 159, 200. — et délire traumatique, 200.
**Irlande**, 173, 185, 199.
**Irresponsabilité** des dégénérés, 343, 344.
**Isolement des aliénés**. — dans des familles étrangères, 369, 370. — en thérapeutique mentale, 363. Ses bienfaits, 363.
**Issy**, 112.
**Italie**, 391.
**Ivresse**. — délirante et séquestration, 176. — et délire, 178. Conception en état d' —, 49. Contraventions pour —, 173, selon les départements, 173. Loi sur l'—, 366.
**Ivrogne**. Déchéance du père —, 356.
**Ivrognerie**. Hérédité du penchant à l' —, 26, 27.
**Ivry** (Maison de santé d'), 19.

J

**Jamaïque** (Rhum dit de la), 166.
**Janvier** (Mois de), 148.
**Jérusalem**, 73.
**Jeu** (Impulsions au). Hérédité des —, 27.
**Jeunesse**, 93, 95.
**Jour**, 151.
**Journalistes**, 86.
**Jugement** chez les dégénérés, 55.
**Juifs**, 10.
**Juillet** (Mois de) 147, 148, 151.
**Juin** (Mois de), 148, 151.
**Jura** (Asile du), 174.

K

**Kleptomanie** chez les dégénérés, 57.

L

**Labio-glosso-laryngée** (Paralysie). Hérédité de la —, 35.
**Lactation**. Psychoses de la —, 127.
**Laïques**. Aliénés chez les —, 80. Paralytiques généraux chez les — 80.
**Lait**. Transport du — au cerveau, 118.
**La Rochelle**, 389.
**Latente** (Hérédité), 5.
**Le Caire**, 73.
**Le Hâvre**, 170, 171.
**Le Mans**, 170.
**Leucorrhée**, 260, 261.
**Libérales** (Classes), 68.
**Libertés publiques**, 75, 76.
**Libre arbitre**. Théorie du — et définition rationnelle de la folie, IX.
**Lierneux** (Colonie de), 376.
**Lille**, 170, 171.
**Lithiase biliaire**, 237, 238.
**Livret sanitaire**, 346, 347.
**Lochies**. Transport des — au cerveau, 118.
**Loi**. — de 1838, 395 et suiv., et séquestration des alcooliques, 385. — sur le régime des boissons, 352.
**Lommelet** (Asile de), 80.
**Longévité**. — dans les familles d'aliénés, 91. — et dégénérescence, 57.
**Lorient**, 170.
**Lozère** (Dép. de la), 72, 74, 170, 174.
**Lumière**, 150, 151. — et chaleur, 150, 151. — et larves des mouches, 151,

— et maxima actinométriques, 151. — et maxima thermiques, 151. — et pays méridionaux, 150, 151. — et suicide, 150, 151. — et thérapeutique, 151, 152. Action de ses couleurs composantes. 151.

**Lune**, 146, 147. — et épilepsie, 146, 147. — et manie, 147. — et pouls des aliénés, 147. Lumière de la —, 147.

**Lutte** des puissances sexuelles dans l'hérédité, 7.

**Lyon**, 151, 170, 171, 183.

M

**Magasins** (Grands). Vie dans les —, 67.

**Mai** (Mois de), 151.

**Malformations**. — des dégénérés, 53. — congénitales, 42, 48. — dans les familles d'aliénés, 42. Hérédité des —, 26.

**Manche** (Dép. de la), 170.

**Manie**. Caput mortuum, 23. Hérédité de la —, 23, 31.

**Marche**. Anomalie de la — chez les dégénérés, 55.

**Mariage**, 347 et suiv. — des épileptiques, 347. — d'individus tarés, 347. — disparates, 132. — est un contrat, 347. — et folie, 82. — et hérédité, 345 et suiv. Aveu des tares, 347, 348. Premiers rapports conjugaux, 134.

**Marne**. Asile de la —, 174 Dép. de la —, 170.

**Mars** (Mois de), 148, 151.

**Marseille**, 170, 171.

**Masculisme** chez les dégénérés, 53.

**Matin** et suicide, 151.

**Mécanique** (Ivresse), 104.

**Médecine**. Progrès en —, 68.

**Médecins**. Surmenage des —, 85.

**Médiate** (Hérédité), 5.

**Mélancolie**. Hérédité de la —, 24, 31,

**Mélanisme** chez les dégénérés, 53.

**Membres**. Anomalie des — chez les dégénérés, 55.

**Mémoire**. — chez les dégénérés, 55.

**Ménages**. — stériles dans les familles d'aliénés, 91, 92.

**Mendiants**, 86.

**Méningées** (Hémorrhagies) chez les aliénés, 275.

**Méninges** (Maladies des), 275, 276.

**Méningite**. Délire selon localisation, 275. — chronique et manie récurrente, 275, 276. — infectieuse et délire fébrile, 275.

**Ménopause**, 116. — et fonctions ovariennes, 118. — et glande thyroïde, 106. — et myxœdème sénile, 118. — et paralysie générale, 117. Délire religieux et érotique, 116, 117.

**Menstruation**, 114 et suiv. — et glande thyroïde, 118. — et paralysie générale, 117. Troubles nutritifs, 117, 118.

**Menstruelle** (Période) — et prédisposition, 118. Kleptomanie, 116. Infection, 118. Psychoses, 116. Troubles de la fonction, 115.

**Menstrues**. Transport des — au cerveau, 118.

**Mercure**, 204.

**Mère**. Action prépondérante de la — dans l'hérédité, 47. Transmission de la folie par la —, 19, 20. Transmission de l'épilepsie par la —, 29. Transmission de l'hystérie par la —, 29.

**Mérycisme** chez les dégénérés, 55.

**Métastase**, 244, 246.

**Météorologiques** (Influences), 145.

**Métiers nouveaux**, 68.

**Meurthe** (Dép. de la), 71

**Microbes**. Déterminants inconstants, 327, 328.

**Microcéphalie** chez les dégénérés, 53.

**Midi** (Dép. du), 74. Pays du —, 145, 225.

**Migraine**. — chez les dégénérés, 55. Hérédité de la —, 34. — ophthalmique, 306.

**Milieu extérieur** et nutrition des germes, 9.

**Militaires**, 84. Alcoolisme chez les —, 85. Paralysie générale chez les —, 85. Syphilis chez les —, 85.

**Misère**, 349 et suiv. — et rechutes de la folie, 350.

**Mitraux**, 257. Caractères et délires spéciaux des — 258. Pathogénie des délires, 259.
**Moelle**. Lésion de la — chez les aliénés, 288. Maladies de la —, 288, et suiv.
**Mois** génésiques, 151.
**Monstruosités**. — dans les classes pauvres, 48. — et causes tératogéniques, 49. Production artificielle des —, 48.
**Montpellier**, 171.
**Morales** (Causes), 129 et suiv. — selon les sexes, 129. — sont des causes physiques, 138. — suivant les âges, 129, 130. Puissance respective des —, 130, 131.
*Morales* (Tares) chez ascendants d'aliénés, 40.
**Morbidité** dans les familles d'aliénés, 92.
**Morphine**, 159, 193 et suiv., 207. — et les pharmaciens, 358. Impôt sur la —, 359. Intoxication aiguë, 194. Première injection, 194. Succédanés, 197, 198. Vente de la — et ordonnances médicales, 357, 358.
**Morphinisme**, 194. — chez les militaires, 196. — chronique, 197. — collectif, 195. — considéré comme délit, 359. — et classes sociales, 196. — et cocaïnisme, 199. — et morphinomanie (différence), 194. Dépenses occasionnées par le —, 197. Prophylaxie, 357 et suiv. Sevrage, 197. Vœux contre l'extension du —, 358.
**Morphinomanes**. Antécédents familiaux des —, 195. Asiles pour —, 357. Clubs de —, 195. Ruses des —, 358. Sortie des —, 386, 387.
**Morphinomanie**, 194. — causée par le médecin, 195. — causée par le pharmacien, 195. — et prédisposition, 194. Causes, 194, 195. Contagion, 195. Périodes de la — 196, 197.
**Morphinophagie**, 193, 194.
**Mort**. — accidentelle et alcoolisme, 174. — d'un parent, 134. — subite chez les dégénérés, 57, 58.
**Mortalité**. — dans les familles d'aliénés, 92. — infantile chez les dégénérés, 58.
**Mot** (Recherche angoissante du). Hérédité de la —, 26.
**Mouillage** des vins, 166.
**Mourants**. Lucidité, 98. Mémoire, 98.
**Muscles** chez les dégénérés, 54.
**Mutilations**. Hérédité des —, 9, 10, 16, 17.
**Myélites** diffuses chroniques. Hérédité des —, 35.
**Myopathie primitive**. Hérédité de la —, 35.
**Mystiques**, 81. Contagion des délires —, 81.

## N

**Naissance**, 90.
**Nancy**, 71, 390.
**Nantes**, 28.
**Natalité** dans les familles d'aliénés, 91.
**Nécrophobie** chez les dégénérés, 56.
**Nègres**, 74.
**Néphrites** aiguës, 266.
**Nerfs** (Maladies des), 311, 312.
**Nerveuses** (Maladies). — associées aux psychoses, 273. — dans les familles d'aliénés, 31. — causes de maladies mentales, 273. — chez ascendants des aliénés, 36. — et prédisposition, 273 et suiv.
**Neurasthénie**, 306. — acquise, 306. Cause de dégénérescence, 51. Hérédité de la —, 34.
**Neuro-arthritique**. Famille — et Cancer, 39.
**Névralgies**. — faciales (alternance), 311. — spinales (alternance), 311.
**Névropathes** dans les familles d'aliénés, 31.
**Névropathiques** (antécédents), 18. Leur importance respective, 323, 324.
**Névroses**, 290 et suiv. Hérédité, 17.
**Nez** chez les dégénérés, 54.
**Nice**, 170, 171.
**Nicotinique** (Paralysie générale), 190.
**Nimes**, 171.

**Nitro-benzine**, 205, 206. Intoxication professionnelle par la —, 85.
**Nævi** chez les dégénérés, 53.
**Nombre des aliénés**, Augmentation du — 70, 71, 74, à Paris, 71.
**Nord**. Comtés du —, 372. Dép. du —, 74. 169. 173, 174, 330. Dép. du — ouest, 173. Pays du —, 145, 225.
**No-restraint** (Système du) 365.
**Normandie**, 169, 174.
**Norwège**, 72, 73, 81.
**Nostalgie**, 131, 132. — épidémique, 132. — et races, 132. Causes prédisposantes, 131. Impulsions au suicide, 132.
**Nourriciers** d'aliénés, 373, 375, 378.
**Nourrissons**. Alcoolisme des —, 50.
**Novembre** (Mois de) 148, 151.
**Nuages**. 146.
**Nuit**, 151, 152. — et délire alcoolique, 152. — et hallucinations hypnagogyques, 152. Peur de la —, 152.
**Nutrition**. — des cellules génératives, 14. — retardante, 236. Définition, 236. Maladies de la —, 248 et suiv. Troubles de la — acquis, 237.
**Nymphomanie**. Hérédité de la —, 109.
**Nystagmus** dans la paralysie générale, 285.

## O

**Obèses**, 16.
**Obésité**, 40, 237, 241. — chez idiots, 242. — consécutive à la fièvre typhoïde, 237, alternances avec crises d'agitation, 242.
**Obscurité**, 152. — et goût, 151.
**Obsessions**. — chez les dégénérés, 56, 57. Hérédité des —, 25.
**Occasionnelles** (Causes), 326 et suiv. — et prédisposition, 315 et suiv. Mauvaise voie des recherches, 334.
**Odorat**, 308.
**Oise** (Dép. de l'), 170.
**Olfaction**, 308.
**Onanisme**, 100, 109. — chez les aliénés, 110. — et fortune, 110. — suiv. le sexe, 110, suivant les pays, 110. Causes, 109. Effets, 109 110.
**Oniomanie** chez les dégénérés, 57.
**Onomatomanie** chez les dégénérés, 57.
**Opérations chirurgicales** et guérison du délire, 261, 262.
**Opératoire** (Délire), 157, 158. Symptômes, 158, 159.
**Opium**. Fumeurs d' —, 193, — Mangeurs d' —, 193.
**Optique** (Nerf). — chez les tabétiques, 307. Atrophie et hallucinations, 307.
**Orages**, 145.
**Orchites**, 260.
**Oreilles**. — chez les dégénérés, 54. *Oreilles* (Lésions des), 307, et suiv. — et prédisposition. 308. Alternance, avec les symptômes psychiques, 308. Perforation du lobule et hérédité, 10. Traitement local et guérison des troubles mentaux, 308.
**Oreillons**, 212.
**Organique** (Démence), 286.
**Orient**, 73, 190.
**Orknays**, 372.
**Ostéomalacie**, 237.
**Ouvriers**, 84. — des usines, 67. 68, 69.
**Ovaire**. Fonctions de l' —, 106, 159, 262,
**Ovulaires** (Cellules) — et dégénérescence, 64.
**Oxyde de carbone**, 204, 205. Amnésie, 205. Intoxication professionnelle par l' —, 85.

## P

**Pachyméningites**, 275 et 276. — et paralysie générale, 275. — hémorrhagiques (Troubles mentaux et prédisposition), 275.
**Pangenèse**. Théorie de la —, 7.
**Para-alcooliques** (Délire), 181.
**Paralysie agitante**, 303 et suiv. Hérédité de la —, 34. Pseudo-démence dans la —, 304.
**Paralysie générale**. — affection para-syphilitique, 226. — chez citadins, 225, 277. — chez les races peu civilisées, 74, 277, — chez religieux, 277. — chez ruraux, 225. — compli-

cation de la folie, 282. — compliquant folie, 182. — dans les intoxications, 208. — débutant par phase neurasthénique, 285. — des aliénés, 283. — diverse, selon origine et lésions, 187. — entité morbide, 182. — et convalescence des maladies graves, 212. — et prédisposition, 184, 277, 278. — et professions, 277. — et sexe, 277, 338. — maladie interstitielle, 279. — maladie parenchymateuse, 279. — multiples selon la cause, 278, 279. — sans délire, 283. — simulée par alcoolisme chronique, 182, 183. — simulée par hydrargyrisme chronique, 204. — simulée par lésions encéphaliques circonscrites, 288, 289. — vraie chez un saturnin, 203, 204. Age moyen, 277. Causes de l'affaiblissement intellectuel, 284. Causes efficientes, 183, 184. Causes occasionnelles, 184, 278. Doctrine unitaire, 283. Etiologie, 277, 278. Folie, complication de la —, 283. Folie paralytique, 283. Formes cliniques selon la cause, 278. Hérédité de la —, 28, 36, 37, dissemblable, 277, 278, similaire, 277. Histoire à refaire, 285. Importance secondaire des délires, 284, 285. Lésions anatomiques, 279 et suiv., 285. Lésions des cellules, 279. Lésions médullaires, 281, 282. Nystagmus dans la —, 285. Rémissions, 182, 186, et démence, 284. Sexe le plus fréquemment atteint et prédisposition héréditaire, 102. Signes oculaires, 285. Signe d'Argyll Robertson, 285. Symptômes essentiels, 283, 284. Théorie dualiste, 283.

*Paralysie générale juvénile*, 37, 96, 97. — et syphilis héréditaire, 97. Influence de l'hérédité vésanique, 96, 97.

**Paralysie pseudo-hypertrophique**. Hérédité de la —, 35.

**Paralytique** (Démence), 283.

*Paralytique* (Folie), 283, 284.

**Paralytiques généraux**. Descendants des —, 37.

**Para-syphilitiques** (Affections), 15, 329.

**Parentés morbides**, 32.

**Paris**, 48, 67, 71, 78, 79, 170, 171, 172, 175, 176, 185, 193, 195, 388, 391, 399.

**Parkinsoniens**. Cerveau figé des —, 304.

**Parlement** et asiles d'alcooliques, 386, 387.

**Parole**. — chez les dégénérés, 55. Embarras de la —, 285.

**Pas-de-Calais** (Dép. du), 170.

**Passage** d'une vie active à une vie tranquille, 86.

**Pathogéniques**. Les psychoses sont —, 335.

**Pathologiques** (Causes), 162.

**Patriotiques**. Idées — et folie, 76.

**Patronage** des aliénés, 388 et suiv. Sociétés de —, 389, 390, 391. Origine, 389.

**Paupérisme**. Cause principale de l'alcoolisme, 350.

**Pauvres** (Classes), 72, 84.

**Pays**, 144. — chauds et assistance, 145. — et goître, 144. — marécageux et démence, 144.

**Pélerinages** pour la folie, 374, 375.

**Pellagre**, 206 et suiv. — et misère, 206. Causes, 206.

**Pellagreuse**. Paralysie générale —, 206 et suiv.

**Pénitentiaire** (Régime) et folie, 87 et suiv.

**Père**. Transmission par le —, de la folie, 19, 20, de l'épilepsie, 29.

**Périgée** et folie circulaire, 147.

**Persécutés-persécuteurs**, 60.

**Persécutions** (Délire des). Hérédité du —, 26.

**Perte** d'un être cher et prédisposition vésanique, 3.

**Phobies**. — chez les dégénérés, 56. Hérédité des —, 25.

**Phobophobie** chez les dégénérés, 56.

**Phthisie**, 222. Euphorie, 222.

**Phthisiophobie** chez les dégénérés, 56.

**Physiologiques** (Causes), 103 et suiv.

**Physiques** (Causes), 144 et suiv.
**Pituitaire** (Glande) et hallucinations de la vue, 307.
**Placements.** — dans les établissements d'aliénés (Loi), 396 et suiv. — d'office, 399 et suiv. — volontaires, 396, 397, 398.
**Plagiocéphalie** chez les dégénérés, 53.
**Plasma germinatif**, 8.
**Plomb**, 201 et suiv. — chez les phthisiques, 202. Ivresse, 202. Intoxication chronique, 202 et suiv. Mode d'intoxications, 201.
**Plombique** (Délire), 333.
**Pneumonie**, 253. — et délire alcoolique, 253. — maladie infectieuse, 253. Pathogénie des délires, 253.
**Podagreux**, 16.
**Poëles mobiles.** Intoxication, 205.
**Poisons** sociaux, 193.
**Politiciens**, 86.
**Politique** (Régime), 74 et suiv.
**Polymorphe** (Délire) chez les dégénérés, 60, 321.
**Polynévritiques** (Psychoses), 311, 312. — et alcoolisme, 312. — et tuberculose, 312. — seraient des psychoses infectieuses, 311.
**Polytechnique** (École), 191.
**Populations.** — isolées et dégénérescence, 144.
**Portes ouvertes** (Asiles dits aux), 365.
**Post-partum** (Psychoses), 125, 126, 127.
**Pouvoir suprême**, 75.
**Prédisposition**, 3, 17, 50, 324. — aux névropathies, 46. — dans le monde inorganique, 317. — dans les folies héréditaires, 274. — est la condition commune de tous les phénomènes naturels, 317. — est la condition métaphysique des maladies, 326. — est l'engrais, 338. — et anthropologie criminelle, 326. — et causes directes, 315 et suiv., leur rapport inverse, 339. — et constitution des organes, 317. — et malformations congénitales, 323 — héréditaire, 317 et suiv. — n'est pas la vraie cause des maladies mentales, 326.
*Prédisposition névropathique*, 316 et suiv. Élasticité de la —, 322, 323. Notion banale, 326, insuffisante, 316, 317, 338. Simple condition étiologique, 336.
*Prédisposition vésanique*, 316 et suiv. Causes ignorées, 325.
**Presse**, 75.
**Pression atmosphérique**, 146.
**Printemps**, 147, 148. — et alcoolisme, 148, 178.
**Prison.** — prédisposant à la folie, 88. Aliénés en —, 87, 88, 89. Régime cellulaire, 89.
**Prisonniers.** Folie des —, 89.
**Private dwelling system**, 372.
**Processus pathologiques** et formes vésaniques, 161, leurs relations, 237.
**Production des alcools**, 167.
**Professionnelles.** Idées — et délire, 325. Intoxications —, 201 et suiv.
**Professions**, 83 et suiv. — causant des maladies cutanées, 85. — causant des maladies viscérales, 85. — et chaleur, 85. — et froid, 85. — et lumière, 85. — et manque de sommeil, 85. — et vibrations intenses, 85. — fatigantes, 84. — libérales, 84. Nutrition retardante dans les —, 85.
**Prognathisme** chez les dégénérés, 53.
**Progrès.** — dans la sphère morale, 69. — dans la sphère physique, 69.
**Progressive** (Hérédité), 5.
**Prophylactiques** (Mesures), 345 et suiv.
**Prostitution**, 86, 352. — et dégénérescence, 86.
**Protoxyde d'azote**, 159.
**Prusse**, 19, 73.
**Prussiens**, 79.
**Pseudo-paralysie générale**, 187, 278.
**Psoriasis**, 40, 242, 243.
**Psychique** (Dissociation) chez les dégénérés, 59.
**Puberté**, 114. Anomalies de la — chez les dégénérés, 55. Folie de la —, 95, 96.

**Puerpérale** (Eclampsie), 330. — et albuminurie, 122. — et prédisposition, 122. Antécédents héréditaires dans l' —, 33. Caractères différentiels des autres épilepsies, 297. Délire lié à l' —, 125.

**Puerpérales** (*Psychoses*), 120. — et accidents des suites de couches, 121. — et antisepsie, 351. — et auto-intoxication, 122. — et corps thyroïde, 125. — et éclampsie, 121, 122. — et fortune, 120. — et infections, 119, 123, 124. — et prédisposition, 119, 124. — et sexe de l'enfant, 121. Caractères infectieux des —, 123. Causes morales, 121. Causes prédisposantes, 120 et suiv. Classification, 124, 127, 128, 230. Confusion mentale, 127. Fréquence, 120. Moment d'apparition, 121. Symptômes physiques, 126.

**Puerpéralité**, 118 et suiv. Etiquette, 128. Processus de la — et psychoses, 127, 128.

**Pyrénées**, 74. Basses — (Asile des), 174.

**Pyromanie** chez les dégénérés, 57.

**Pyrophobie** chez les dégénérés, 56.

## Q

**Quatre-Mares** (Asile de) 174, 184.

**Queue des chevaux** et hérédité, 10.

**Quinine**, 200. — et prédisposition, 200.

## R

**Rabiophobie** chez les dégénérés, 56.

**Races**. Abâtardissement des — royales, 22. — primitives, 73, 74.

**Rachitisme**, 40, 237. — chez idiots, 237. — et esprit, 237.

**Rage**, 221. Fausse —, 156.

**Recensement** des maladies, 345.

**Récits imaginaires**, 112.

**Rectification des alcools**, 164, 165, 354, 355.

**Rectum**. Curage du — 255.

**Règles**, 114 et suiv. — chez les aliénées, 115. — et guérison de la folie, 115. Suspension, 115.

**Régressive** (Hérédité), 5, 46, 321.

**Reims**, 170.

**Reins**. Lésions des —, 266.

**Rejetons**. — dans les maladies chroniques, 18. — dégénérés, 18.

**Relégation**. — des alcooliques incorrigibles, 356, 387. — des dégénérés vicieux, 344, 350, 351.

**Religieuse** (Education) —. Ses dangers, 80.

*Religieuses* (Epidémies), 81.

**Religieux** (Délire) et érotique, 76, 81.

*Religieux* (Scrupules) chez les dégénérés, 57.

**Religion**, 79 et suiv. Quelle — prédispose le plus à la folie? 81.

**Remords**, 131.

**Rénale** (Insuffisance) chez les cardiaques, 265.

**Rentiers**, 84.

**République**, 75.

**Responsabilité**. — des chefs responsables des établissements d'aliénés, 402, 404, 405. — morale (théories), 343.

**Ressemblance** des enfants aux parents, 318.

**Restauration**, 68.

**Rétention d'urine**, 267.

**Rêves**, 110 et suiv., 207. — à l'état de veille, 112. — au point de vue pronostique, 111. — dans la mélancolie, 111. — dans la paralysie générale, 111. — et délire alcoolique, 111. — point de départ de délires, 113. — prolongés 112, 113, à retour périodique, 113, chez les alcooliques, 112, 113, laissant obsession, 113. — terrifiants des enfants, 111. — voluptueux, 108. Caractères spéciaux selon délire, 111. Cause de délire chez les prédisposés, 112, 114. Délire à l'occasion de —, 113. Effets des émotions durant les —, 114. Reflet état mental, 111. Similitude avec le délire, 111.

**Révolutionnaires** dans les familles de névropathes, 41.

**Révolutions**, 48, 76, et suiv. — augmentant nombre des aliénés, 76. — et conception, 48. — et déséquilibrés, 79.
**Révulsion**, 244.
**Rhumatisme articulaire aigu**, 228, 229. — chez les aliénés, 229. — et hérédité, 228. — et paralysie générale, 229. — et prédisposition, 229. Alternance avec délire, 228, 229. Délire fébrile, 228, hallucinatoire, 228. Folie consécutive, 229. Pathogénie des troubles mentaux, 229.
*Rhumatisme blennorrhagique*, 227.
*Rhumatisme chronique progressif*, 241. Analogie avec la goutte, 241.
**Riches** (Classes), 72, 86.
**Rhône** (Dép. du), 170.
**Roubaix**, 170, 171.
**Rouen**, 170, 171, 184.
**Rougeole**, 211.
**Russie** (Campagne de), 158.

## S

**Saint-Alban** (Asile de), 72.
**Saint-Etienne**, 170, 171.
**Saint-Quentin**, 170.
**Saint-Rémi en Provence**, 139.
**Sainte-Anne** (Asile), X, 175, 176, 193, 366, 377.
**Sainte-Dymphne**, 374.
**Saisons**, 147, 148.
**Salpêtrière** (Hospice de la) 86, 389.
**Sang.** — chez les aliénés, 249. Toxicité, 250.
**Saturnine** (Démence), 202.
*Saturnine* (Encéphalopathie), 202, 203, 204.
*Saturnine* (Intoxication). — et appoint alcoolique, 202. — et prédisposition, 201, 202. Intoxication selon âge, 201, profession, 201, sexe, 201.
*Saturnine* (Paralysie générale), 201 et suiv. (Pseudo-paralysie générale), 203.
*Saturnines* (Psychoses) et urémie, 267.
**Saturnisme**. Confusion mentale, 202.
**Satyriasis**. Hérédité du —, 109.
**Savoie**, 81. Haute —, 170.
**Saxe**. 73.
**Scaphocéphalie** chez les dégénérés, 53.
**Scarlatine**, 211. — et urémie, 266. Confusion mentale, 211. Délire hallucinatoire, 211.
**Scarlatineuse** (Éclampsie). Antécédents héréditaires vésaniques, 33.
**Sclérodermie**, 306.
**Sclérose en plaques**. Hérédité de la —, 35.
**Scrofule**, 242. — chez idiots, 242. — consécutive à la rougeole, 237. Hérédité de la —, 17.
**Scrofuleux**. Ascendants —, 39. Intelligence des —, 242.
**Seine**. Asiles de la —, 377, 379. Département de la —, 74, 100, 170, 173, 390.
**Seine-et-Oise** (Dép. de), 170.
**Seine-inférieure** (Dép. de la), 72, 170, 173, 174.
**Sélection naturelle**. — et hérédité des caractères acquis, 10, 11.
**Séminales** (Pertes), 260.
**Sénile** (Démence), 285, 286.
**Sénilité**, 97. — et atrophie générale, 97.
**Sensoriels** (Organes). Maladies des —, 306 et suiv., et hallucinations, 309 et suiv., unilatérales, 309, 310, disposition, 309 et suiv.
**Septembre** (Mois de), 147.
**Séquestrations**. — illégales, 371. Ses dangers, 367, 368.
**Service des aliénés**. Dépenses, 400 et suiv.
**Sevrage**. Psychoses du —, 127.
**Sexe**, 99 et suiv. — épargné par l'hérédité, 20. — et alcoolisme, 101. — et paralysie générale, 100, 101, 102. — et predisposition, 102. Influence sur les formes vésaniques, 101, 102.
**Sexuelles**. (Cellules), 8.
*Sexuelles* (Fonctions), 107 et suiv. — Leurs abus, 107.
**Shetlands**, 372.
**Siège** (Enfants du), 48.
**Siège de Paris** et inventeurs, 79.

**Similaire** (Hérédité), 5, 8. 23, 318, 319.
**Sociales** (Causes), 67.
**Sociétés** de tempérance, 357.
**Soif**. Obsession, 106.
**Soissons**, 389.
**Soleil électrique**. Coup de —, 146.
**Somme** (Dép. de la), 170.
**Sommeil**, 110 et suiv. — aliment, 110. Absence de — et délire, 110.
**Somnambulisme**, 291.
**Sortie**. — des alcooliques, 385, 386. — des aliénés (loi), 398, 399, 401, 402. Sortie des aliénés sans secours, 388, 389.
**Sourds-Muets**. Rejetons des —, 16.
**Souverains**, 86.
**Spermatiques** (Cellules) et dégénérescence, 64.
**Spermatozoïdes**. Influence de l'alcool sur les —, 49.
**Statistiques**.
*Admissions*. — des aliénés (Augmentation), 70 et suiv. — des infirmes et des aliénés aigus, 366. Dans les campagnes et les villes, 71, 72. Selon les saisons, 147, 148.
*Age*, 92, 93, 94. — dans la paralysie générale, 277. — d'élection, 93. — et admissions, 93, 94. — et sexe, 93.
*Alcoolique* (Folie). Admissions à Paris, 175, 176, en France, 174, selon sexe, 175, 176, 177, durant la Commune, 176. Albuminurie dans la — aiguë, 263.
*Alcoolisme*. Budget, 171. — et exécutions capitales, 174. Hérédité du penchant à l' — 26, 27.
*Alcools*. Bouilleurs de crû, 172. Consommation moyenne, 169. Consommation par départements, 170, par ville, 170, 171. Consommation totale, 171. Contraventions pour ivresse, 173. Débits des boissons, 172, 173. Distillation, 168, 169. Production des — de pommes de terre, 169.
*Arthritiques* (Antécédents). — chez ascendants d'aliénés, 40. — chez paralytiques généraux, 248. — dans familles d'aliénés, 43.
*Circonscrites* (Lésions encéphaliques). Démence, 287. Fréquence des troubles mentaux, 286, 287.
*Civilisation*, 72, 73.
*Colonies*. — de Dun sur-Auron, 379, âge d'admission, 379, décès, 378, prix de journée, 379. — de Gheel, 375. augmentation de la population, 375, grossesses, 376, guérisons, 376, Mortalité, 376, prix de journée, 375. — de Lierneux, 376, 377.
*Condamnations* des aliénés, 88. Gravité des — et folie, 89.
*Contagion mentale* et prédisposition, 142.
*Épileptiques*. Ascendants, 32, 33. Descendants, 29.
*Etat-civil*. 82. Célibataires fous et normaux, 83.
*Familles*. —d'aliénés, maladies, 44, mortalité, 92, naissances, 91. — saines, maladies, 44, naissances, 91.
*Hérédité* dans psychoses, 19.
*Hystérie*. Hérédité, 29.
*Influenza*, 217. — et paralysie générale, 218. — et prédisposition, 218.
*Ménages*. — et naissances, 91, 92. — stériles, 91.
*Menstruation* et délits, 116.
*Moelle* (Lésions de la). — chez les aliénés, 288. — chez les paralytiques généraux, 281.
*Morales* (Causes), 128.
*Morphinomanes*. Nombre, 196. Piqûres, 196. Quantité de morphine absorbée, 197.
*Nombre* des aliénés en France. Augmentation à Paris, 71, en France, 70.
*Opératoires* (Délires post). Durée, 158. Selon opérations, 158.
*Oreilles* (Maladies des) chez aliénés, 308.
*Paralysie générale*. — et fièvre typhoïde, 215. — et ménopause, 117. — et sexe, 100, 101. — et syphilis, 224, 225.
*Placement familial* en Ecosse, 372, 373.
*Prisonniers aliénés*, 88, 89.

*Professions*, 84. — et population, 87.

*Prostitution*, 86.

*Puerpérales* (Psychoses). Causes morales, 121. Eclampsie et troubles mentaux, 121. Infection, 123. Fréquence relativement au nombre des accouchements. 120, aux autres psychoses, 120. Influence de la multiparité, 121. Prédisposition, 124.

*Religieux et laïques* (Proportion relative de la folie), 80.

*Révolutions*, 77, 79.

*Saisons*, 147, 148.

*Sexe*, 99, 100, 101, 102, dans la population des asiles, 99, dans la population générale, 99, dans les admissions, 100. — et hérédité, 19, 20. — et paralysie générale, 277. Formes psychopathiques selon le —, 101, 102.

*Société de patronage* Falret, 390.

*Suicide*. — et âge, 94. — et alcoolisme, 174. — et célibat, 83. — et révolutions, 78. — et sexe, 100. Progression, 74.

*Syphilis*. — chez aliénés, 225. — chez paralytiques généraux, 224, 225.

*Tabac*. Consommation, 191. — et études, 191. Teneur en nicotine, 190, 191.

*Tabes*. Hérédité dans le —, 35.

*Traumatiques* (Psychoses). — selon genre d'opérations, 158. Fréquence, 153. Durée, 158.

*Urémiques* délirants et prédisposition, 270, 271.

*Utérus*. (Maladies de l' — chez aliénées, 261.

*Viscères*; Lésions des — chez les aliénés, 252.

*Yeux* chez aliénés, 307.

**Stérilité** —et dégénérescence, 52, 131.

**Stigmates**. — de la dégénérescence, (leur importance), 321. — héréditaires, 14, 15. — physiques, 52 et suiv. — psychiques, 55 et suiv., 108, 111.

**Strasbourg**, 390.

**Stupeur**. Hérédité de la —, 24.

**Suc gastrique** — chez les aliénés, 249. — chez les névropathes, 254.

**Sud**. Départements du —, 173. Départements du — Ouest, 173.

**Suède**, 73, 81, 185.

**Suggestion** chez dégénérés, 343.

**Suicides**. — dans les campagnes, 74. — dans les villes, 74. — chez les enfants, 95. — et âge, 94. — et célibat, 83. — et civilisation, 74. — et climat, 145. — et état civil selon les sexes, 83. — et guerre franco-allemande, 78. — et mariage, 83. — et professions, 87. — et saisons, 148. — et sexes, 100. — et veuvage, 83. — familiaux, similitude de l'âge, 25, de lieu, 25, des moyens, 25. Causes morales, 129. Contagion, 139. Hérédité, 24. Progression des —, 74.

**Suisse**, 185, 380, 386, 391.

**Suites** éloignées des maladies graves, 325.

**Sulfure de carbone**, 204. Intoxication professionnelle, 84.

**Surmenage**. — et civilisation, 104. — et prédisposition, 104. Symptômes, 104.

**Surtaxe** des alcools, 355.

**Sympathique** (Folie), 252. — et prédisposition, 252, 253.

**Symptomatiques** (Délires), IX, 214.

**Symptômes**. — dissemblables en pathologie générale, 329, 330. — semblables en pathologie générale, 329, 330.

**Syndromes épisodiques** chez les dégénérés, 26, 56, 61.

**Syphiliphobie** chez les dégénérés, 56.

**Syphilis**, 223 et suiv. — chez les aliénés, 225. — donnant aptitude vésanique, 226. — et idiotie, 223. — et prédisposition vésanique, 224. — selon sexe, 225. Emotivité morbide au début de la —, 223. Hérédité morbide dans la —, 14, 15, 324. Pathogénie des délires, 223. Prophylaxie, 351 et s.

*Syphilis et paralysie générale*, 224 et suiv. — chez les religieux, 225. — dans populations, agricoles, 225. —

selon sexe, 225. — selon profession, 225. Influence du virus, 226. Prédisposition vésanique, 226. Syphilis cause de paralysie générale, 226. Syphilis cérébrale et paralysie générale, 227. Syphilis conjugale et paralysie générale, 226. Syphilis chez les paralytiques généraux, 224, 225. Syphilis héréditaire et paralysie générale, 225.

**Syphilitique**. (Démence organique), 224.

*Syphilitique* (Folie), 223, 224.

*Syphilitique* (Paralysie générale), 226. (Pseudo-paralysie générale), 187, 224 et suiv.

**Syphilitiques**. Rejetons des —, 17.

**Système Ecossais**, 374.

T

**Tabac**, 189 et suiv., 207 —. agent toxique, 190, 191. — chiqué, 191. — et absence, 190, 191. — et études, 191. — et mémoire, 190. — et nicotine, 190, 191. — et prédisposition, 192, 193. — excitant intellectuel, 189. — fumé 191. — prisé, 191. Besoin, 192. Consommation, 191, et augmentation des aliénés, 191. Intoxication aiguë, 189, et délire, 189. Intoxication chronique, 189, et délires, 189, 190. Ivresse, 189. Manière d'en user, 191. Psychoses nicotiniques, 190.

**Tabes**, 281, 288 et suiv. — et prédisposition, 289. Affaiblissement intellectuel, 289. Altération du nerf optique, 307, et hallucinations, 289. Cerveau dans le —, 281. Conditions anatomiques des troubles mentaux 289, 290. Hérédité du —, 35. Troubles mentaux survenant avant symptômes tabétiques, 289. Troubles somatiques et idées délirantes, 289.

*Tabes et paralysie générale*, 279 et suiv. Diagnostic différentiel, 282. Différences cliniques, 280. Même affection, 281, 282. Processus anatomique analogue, 280. Paralysie générale chez un vieux tabétique, 289.

**Taille** des dégénérés, 53.

**Talent**. Hommes de — dans les familles d'aliénés, 41.

**Tares**. — héréditaires : simple renseignement, 323, 324. — psychiques ignorées, 42.

**Télégrammatique** (langage) dans l'hystérie, 292.

**Tempéraments**, 325. — réfractaires, 336, 337. Psychoses selon les — 235.

**Température**, 148, 149, 150. — élevée et professions, 149.

**Tempêtes**, 147.

**Tératogénie**. — et arthritisme, 48. — et émotions, 48. — et maladies chroniques, 48. — et scrofule, 48. — et prédisposition, 323. — et tuberculose, 48.

**Testicules**. Fonctions des —, 106, et alcoolisme, 39.

**Tétanos**. Hérédité du —, 34.

**Thanathophobie** chez les dégénérés, 56.

**Thé**, 188. Dégustateurs professionnels, 188.

**Théisme chronique**, 188.

**Thérapeutiques** (Intoxications), 199 et suiv.

**Thomsen** (Maladie de). Hérédité de la — 34.

**Thorax** chez les dégénérés, 54.

**Thyroïde** (Glande). Effets de sa suppression chirurgicale, 106. Effets de son absence, 106.

**Tics** (Maladies des). Hérédité des —, 34.

**Tonnerre**, 146.

**Toucher** (Délire du) chez les dégénérés, 56.

**Toulouse**, 170, 171.

**Tourcoing**, 170, 171.

**Tours**, 171.

**Toxicité des alcools**, 163 et suiv. — et atomicité, 164. — et ferments, 164. — et point d'ébullition, 164. — et solubilité, 164. — suivant leur origine, 165.

**Toxiques** (Agents). — et auto-intoxication, 162. Considérations générales, 207, 208. Division, 162.

**Transmission**, dans l'hérédité, de la substance, 7, 8, 9, du mouvement, 7.
**Transpiration**. Suppression de la —, 106.
**Traumatique** (Délire), — et delirium tremens, 157. — et alcoolisme, 159.
*Traumatique* (Folie), 153.
*Traumatique* (Névrose), 157.
**Traumatisme**, 152 et suiv. — crânien, 152 et suiv., et paralysie générale, 152. — et âge, 154. — et amnésie, 154. — et antécédents héréditaires, 161. — et aptitudes artistiques, 156. — et auto-intoxication, 159, 160. — et automatisme inconscient, 154. — et choc nerveux, 160. — et dégénérescence, 153, 156. — et infections, 159. — et intoxications, 159. — et intoxication urémique, 160. — et paralysie générale, 155, 161. — et prédisposition, 3, 153, 160. — et psychoses, 156. — non crânien, 156. Manières d'agir, 160. Symptômes, 154.
**Travail** dans les asiles, 368.
**Tremblement**. — de terre, 157. — essentiel héréditaire (Hérédité du) 34. — sénile (Hérédité du) — 34.
**Trigonocéphalie** chez les dégénérés, 53.
**Trompe d'Eustache**. Insufflation dans la — et guérison d'hallucinations, 308.
**Troyes**, 170.
**Tuberculeux**. Rejetons des —, 14, 15, 17.
**Tuberculose**, 40, 221 et suiv. — chez les aliénés, 221, 222. — et paralysie générale, 222. — et prédispotition vésanique, 222. Délire hallucinatoire dans les exacerbations thermiques, 222. Hérédité de la —, 14. Pathogénie des délires, 222.
**Tumeur** cancéreuse, 244.
**Turquie**, 75, 145.
**Type moyen**, 15. — et hérédité, 13. Retour au —, 13.

## U

**Unilatérale** (Hérédité) — 5.
*Unilatérales* (Hallucinations), 287, 309, 310. — par lésions cérébrales, 310 — par lésions sensorielles, 309, 310. Pathogénie, 310. Prédisposition, 310.
**Unions**. — des névropathes, 23. — mal assorties, 132.
**Urée** chez arthritiques, 247.
**Urémie**, 263 et suiv. — délirante, 263, chez puerpérales, 265, et phénomènes cataleptiformes, 265. — et paralysie générale, 272. — et prédisposition, 265. Parallélisme des paroxymes psychiques et physiques, 272. Pathogénie complexe des délires, 270.
**Urémique** (Délire), 264, 333. — et alcoolisme, 270. — et prédisposition, 270. — hallucinatoire, 271. — par non sécrétion du suc rénal, 267, 270. Causes prédisposantes, 270. Confusion mentale, 271, 272. Division, 271. Pathogénie 267, 268.
*Urémique* (Eclampsie), 269. — variété d'épilepsie, 279. Antécédents héréditaires, vésaniques, 33.
*Urémique* (Intoxication), cause fréquente de folie, 264, 265.
**Urinaire** (Intoxication), 265. Causes, 265 et suiv. Théories, 268, 269.
*Urinaires* (Organes), 262 et suiv.
**Urine**. — chez les aliénés, 249. Toxicité, 249, chez les aliénés, 249, 250, dans nutrition retardante, 249, normale, 250, ses variations, 250.
**Urineux** (Empoisonnement), 267.
**Urique** (Acide). Décharges d'— chez les arthritiques, 247.
**Utérus** (Maladie de l'), 261. — chez aliénées, 261.
**Vaccinale** (Modification) et hérédité, 16.
**Variations spontanées**, 15.
**Varices**. Hérédité des —, 17.
**Variétés morbides**, 330, 331.
**Variole**, 210. — et paralysie générale, 211. — et prédisposition, 3. Confusion mentale, 210, 211. Démence,

210. Hallucinations, 210. Hérédité, 13.
**Veilles**, 110.
**Vendée** (Dép. de la), 72, 173, 175.
**Vendéens**, 132.
**Vénériens** (Excès), 109. — et paralysie générale, 109, 182. Effets, 109. Hérédité des penchants aux — 27. Signification névropathique des —, 109.
**Vents**, 145, 147.
**Vers intestinaux**, 255.
**Versailles**, 170.
**Vésanies**. Conditions anatomiques, 273, 274.
**Vésaniques** (Délires) — et symptomatiques, IX.
**Veuvage** et folie, 82.
**Vices de nutrition**. Hérédité des —, 17.
**Vicieux**, 380. — dans les familles d'aliénés, 40, 41.
**Vieillesse**, 93, 97.
**Villes**. Folie dans les —, 71, 72.
**Vinage**, 166.
**Viol**, 134.
**Viscérales** (Maladies), 251 et suiv.
**Viscères**. Lésions des — chez les aliénés, 252.
**Visite** médicale des fiancés, 348.
**Vitalité** dans les familles d'aliénés, 92.
**Vol**. — à l'étalage dans les grands magasins, 116. Hérédité du penchant au —, 27.
**Volontaires** (Intoxications), 163 et suiv., 207. Prophylaxie des —, 352 et suiv.
**Vue** (Organes de la), Lésions des —, 306, 307, chez les aliénés, 307.

W

**Werther**, 139.

Y

**Yeux**. — chez les aliénés, 307. — chez les dégénérés, 54.
**Yvetot**, 72.

Z

**Zinc**. Intoxication professionnelle par le —, 85.
**Zoophobie** chez les dégénérés, 56.

Châteauroux. — Imp. P. Langlois et Cie.

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

Introduction ..... v

LIVRE I. — **Prédisposition vésanique** ..... 1

Chapitre I. — *Facteurs héréditaires* ..... 5

Article I. — L'hérédité en biologie ..... 5

1. Définitions et lois ..... 5
2. Théories de l'hérédité ..... 7
3. Hérédité des caractères acquis ..... 9
4. L'hérédité en pathologie ..... 13

Article II. — L'hérédité dans les maladies mentales ..... 18

1. Hérédité similaire ..... 23
2. Hérédité dissemblable ..... 30

Chapitre II. — *Facteurs congénitaux* ..... 47

Chapitre III. — *Prédisposition acquise* ..... 50

Chapitre IV. — *Théories de la dégénérescence* ..... 52

LIVRE II. — **Causes directes** ..... 65

Chapitre I. — *Causes sociales* ..... 67

1. Civilisation ..... 67
2. Régime politique ..... 74
3. Révolutions ..... 76
4. Religion ..... 79
5. État-Civil ..... 81
6. Professions ..... 83
7. Régime pénitentiaire ..... 87

Chapitre II. — *Causes biologiques* ..... 90

1. Longévité ..... 91
2. Natalité ..... 91
3. Vitalité ..... 92
4. Morbidité ..... 92

5. Age ..... 92
6. Sexe ..... 99

CHAPITRE III. — *Causes physiologiques* ..... 103

1. Excès et défaut d'exercice ..... 103
2. Fonctions sexuelles ..... 107
3. Sommeil et rêves ..... 110
4. Menstruation ..... 114
5. Puerpéralité ..... 118

CHAPITRE IV. — *Causes morales* ..... 129

Contagion mentale ..... 138

CHAPITRE V. — *Causes physiques* ..... 144

1. Pays ..... 144
2. Climat ..... 144
3. Influences météorologiques ..... 145
4. Lune ..... 146
5. Saisons ..... 147
6. Température. — Insolations ..... 148
7. Lumière ..... 150
8. Nuit ..... 152
9. Traumatisme ..... 152

CHAPITRE VI. — *Causes pathologiques* ..... 162

Article I. — Intoxications ..... 162

A. Intoxications volontaires ..... 162

1. Alcool ..... 163

a. Toxicologie ..... 163
b. Production des alcools ..... 167
c. Consommation ..... 169
d. Effets sociaux et biologiques ..... 173
e. Statistique de la folie alcoolique ..... 174
f. Conditions étiologiques diverses ..... 176
g. Formes de l'intoxication alcoolique ..... 178
h. Pseudo-paralysie générale alcoolique ..... 181

2. Thé ..... 188
3. Hachisch ..... 188
4. Tabac ..... 189
5. Morphine ..... 193
6. Cocaïne ..... 197
7. Chloral ..... 199
8. Ether ..... 199

B. Intoxications thérapeutiques..... 199

1. Digitale..... 200
2. Arsenic. — 3. Quinine..... 200
4. Iodoforme. — 5. Sulfate d'Atropine..... 200

C. Intoxications professionnelles..... 201

1. Plomb..... 201
2. Mercure..... 204
3. Sulfure de carbone..... 204
4. Acide carbonique..... 204
5. Oxyde de carbone..... 204
6. Nitro-Benzine..... 205

D. Intoxications alimentaires..... 206

Article II. — Maladies infectieuses..... 208

1. Fièvres éruptives..... 210
2. Erysipèle..... 211
3. Oreillons..... 212
4. Fièvre typhoïde..... 212
5. Influenza..... 216
6. Impaludisme..... 218
7. Choléra..... 220
8. Rage..... 221
9. Tuberculose..... 221
10. Syphilis..... 223
11. Blennorrhagie..... 227
12. Rhumatisme articulaire aigu..... 228
13. Considérations générales..... 229

Article III. — Maladies générales et cutanées..... 235

1. Rachitisme..... 237
2. Gravelle..... 237
3. Diabète..... 238
4. Goutte..... 240
5. Obésité..... 241
6. Scrofule..... 242
7. Maladies cutanées..... 242
8. Cancer..... 244
9. Considérations générales..... 246

Article IV. — Maladies viscérales..... 251

1. Organes de la respiration..... 253
2 Organes de la digestion..... 253
3. Organes de la circulation..... 256
4. Organes génitaux..... 260

5. Organes urinaires. — Urémie ..... 262

Article V. — Maladies nerveuses ..... 273
1. Maladies des méninges ..... 275
2. Troubles de la circulation encéphalique ..... 276
3. Lésions encéphaliques diffuses. — Paralysie générale 277
4. Lésions encéphaliques circonscrites ..... 286
5. Maladies de la moelle ..... 288
Ataxie locomotrice ..... 288
6. Névroses ..... 290
Hystérie ..... 290
Epilepsie ..... 294
Goître exophthalmique ..... 300
Paralysie agitante ..... 303
Chorée ..... 305
Neurasthénie ..... 306
7. Maladies des organes sensoriels ..... 306
8. Maladies des nerfs ..... 311

LIVRE III. — **Prédisposition et causes directes** ..... 313

LIVRE IV. — **Prophylaxie et assistance** ..... 341

CHAPITRE I. — *Mesures prophylactiques* ..... 345

1. Hérédité et mariage ..... 345
2. Misère ..... 349
3. Maladies infectieuses ..... 351
4. Intoxications ..... 352
a. Alcoolisme ..... 352
b. Morphinisme ..... 357

CHAPITRE II. — *Mesures d'Assistance* ..... 360

1. Les Asiles ..... 360
2. Placement dans les familles ..... 369
3. Asiles spéciaux ..... 380
4. Asiles pour les alcooliques ..... 380
4. Patronage des aliénés ..... 388

APPENDICE ..... 395

1. Loi de 1838 sur les aliénés ..... 395
2. Certificat médical ..... 405

Table alphabétique des noms propres ..... 407
Table analytique des matières ..... 419
Table des matières ..... 445
Errata ..... 449

# ERRATA

Page 8, ligne 22 et note (1), *lisez* Varigny *au lieu de :* Vasigny.
Page 11, ligne 22, *lisez* Téniers *au lieu de :* Ténieer.
Page 12, ligne 7, *lisez* Organismes ? Que *au lieu de :* Organismes. Que.
Page 20, note (1), *lisez* Orchansky *au lieu de :* Orchanskey.
Page 27, lignes 4 et 5, *lisez* pendant trois et même quatre générations.
Page 29, ligne 16, *lisez* qui présentent *au lieu de :* qui présentaient.
Page 32, ligne 12, *lisez* On sait encore que l'épilepsie.
Page 35, ligne 8, *lisez* Ballet *au lieu de :* Ballot.
Page 38, note (5) *lisez* considéré *au lieu de :* considérés.
Page 39, ligne 4, *lisez* des ivrognes inaptes à la procréation normale.
Page 49, ligne 26, *lisez* Bouchereau (2) *au lieu de :* Bouchereau (1).
Page 63, ligne 32, *lisez* entrevue *au lieu de :* entrevu.
Page 64, ligne 15, *lisez* délires, *au lieu de :* délires ?
Page 67, lignes 2 et 3, *lisez* on comprend des influences très diverses.
Page 72, ligne 1, *lisez* placé *au lieu de :* placée.
Page 77, ligne 20, *lisez* c'est-à dire plus brèves ou plus.
Page 78, ligne 30, *lisez* d'aliénés ». *au lieu de* : d'aliénés (5) ».
Page 80, ligne 1, *lisez* a parfois causé la folie.
Page 90, ligne 23, *lisez* indemne *au lieu de :* indemnes.
Page 97, note (3) *lisez* (3) Id. *au lieu de :* (3) In.
Page 98, ligne 25, *lisez* Des médecins dignes de foi *au lieu de :* Les médecins, dignes de foi.
Page 100, ligne 21, *lisez* Seine (4), *au lieu de :* Seine.
Page 103, ligne 18, *lisez* par quelques expériences ingénieuses.
Page 106, ligne 27, *lisez* spécial *au lieu de :* spéciaux.
Page 107, ligne 30, *lisez* et étant atteint d'hallucinations.
page 109, note (3), *lisez* générale, *N. Dict. au lieu de :* générale Nouv. *Dict.*
Page 111, lignes 16 et 17, *lisez* spéciaux en relation avec le délire, bien que celui-ci puisse n'avoir aucun retentissement sur eux.
Page 286, note (1), *lisez* Art. Démence, *N. Dict. de méd. et de chir.*, XI, 1869, 95.
Page 170, lignes 29 et 30, *lisez* Dunkerque (30), Lille (31), Caen (33), Le Hâvre, etc.
Page 232, ligne 1, *lisez* de *stupidité* et de *confusion*, elle.
Même page, ligne 12, *lisez* inédites *au lieu de* : inédits.
Page 237, lignes 23, 24, 25, *lisez* maladie très rare, il est bon de.
Page 279, note 7, *effacez* P. Marie. *Maladies de la moelle.*
Page 315, ligne 7, *lisez* et qui sont sans cesse.
Page 318, ligne 23, *lisez* les caractères acquis ne sont.