

# LE CENTENAIRE DE MAGNAN

---

*Séance Solennelle de la Société  
Médico-Psychologique du 27 Mai 1935*



PARIS  
MASSON ET C<sup>ie</sup>, EDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, Boulevard Saint-Germain (6<sup>e</sup>)

1935

F13I33



# LE CENTENAIRE DE MAGNAN



V. MAGNAN (1835-1916)

*Séance Solennelle de la Société  
Médico-Psychologique du 27 Mai 1935*



PARIS  
MASSON ET C<sup>e</sup>, EDITEURS  
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
120, Boulevard Saint-Germain (6<sup>e</sup>)

1935

*Séance Solennelle de la Société Médico-Psychologique  
du Lundi 27 Mai 1935*

CONSACRÉE A LA

**COMMÉMORATION DU CENTENAIRE DE LA NAISSANCE  
DE V. MAGNAN**

*né à Perpignan (Pyénées-Orientales) le 16 mars 1835  
mort à Suresnes (Seine) le 27 septembre 1916*

---

**Présidence : M. Th. SIMON, président**

---

Assistent à la séance : Mme FILLASSIER et Mme Noël PÉRON, *filles et petite-fille* de Magnan ;

M. VETEL, Directeur adjoint à la Préfecture de Police ;

M. MICHAUT, Sous-Directeur, Chef du Service des Affaires Départementales à la Préfecture de la Seine.

M. Th. SIMON, *président*. — Mes chers Collègues, Il y a cent ans que Magnan naissait à Perpignan en mars 1835. C'est le centenaire de cette naissance que nous célébrons aujourd'hui. Tout à l'heure le bureau de votre Société a déposé quelques fleurs devant le médaillon de Magnan au pavillon Magnan de l'hôpital Henri-Rousselle, hommage à l'aliéniste éminent des services rendus par lui à la science française, et non seulement à la science française mais à celle du monde entier, comme vont d'ailleurs le rappeler les membres étrangers délégués à cette séance.

**Correspondance**

Ont exprimé leurs regrets de n'avoir pu assister à cette séance, notamment :

M. le D<sup>r</sup> VARENNE, Directeur de l'Assistance Départementale à la Préfecture de la Seine ;

M. HAYE, Directeur adjoint de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au Ministère de la Santé publique ;

M. LÉVÊQUE, Chef de Bureau au Ministère de la Santé publique ;

M. POHER, Chef de Bureau à la Préfecture de la Seine ;

MM. les D<sup>rs</sup> Emile ADAM (de Bourg), Frantz ADAM (de Rouffach), AMÉLINE (de Mehun-sur-Yèvre), BRETON (de Dijon), CAPGRAS (de Paris), Paul COSSA (de Nice), Maurice GENTY (de Paris), HALBERSTADT (de Saint-Venant), LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris), Pierre LÉCULIER (de Begard), LWOFF (de Paris), P. MEIGNANT (de Nancy), MOLIN DE TEYS-SIEU (de Bordeaux), M. OLIVIER (de Blois), E. PERPÈRE (du Mont-Dore), POMMÉ (de Lyon), H. WALLON (de Paris).

Il est donné lecture de lettres et télégrammes, en particulier du texte de M. le D<sup>r</sup> Paul SÉRIEUX, qui figure en tête du présent numéro des *Annales Médico-psychologiques*,

et d'une lettre de M. le D<sup>r</sup> LWOFF exprimant le regret que sa santé ne lui permette pas d'assister à la séance consacrée à son « Maître vénéré », et ajoutant :

« Il m'a été donné non seulement d'assister à son œuvre scientifique, mais de le connaître un peu dans sa vie privée. Ce qui « dominait dans son existence, c'était l'Idée du malade. Pascal « disait : Je crois à une religion dont les adeptes se font martyrs. Or, Magnan a divinisé le Malade, il s'est fait Martyr de « cette divinité, et on a cru en lui. Il a su créer ainsi un lien « spirituel indélébile entre lui, ses élèves et ses nombreux disciples de tous les pays étrangers où son œuvre scientifique était « admirée. Grand observateur, d'une nature très fine aussi, « Magnan n'ignorait pas l'influence qu'il exerçait sur les « esprits... »

#### Adresses des Délégués officiels

M. le Professeur Henri CLAUDE, délégué de l'Académie de Médecine et de la Faculté de Médecine de Paris, prit la parole en ces termes, au nom de tous les délégués français :

Au nom de l'Académie de Médecine, de la Faculté de Médecine de Paris et de la Société de Médecine Légale, j'ai l'honneur d'apporter l'hommage de ces Compagnies à la mémoire du grand savant que fut Magnan.

L'œuvre médicale et sociale de cet éminent psychiatre est présente à l'esprit de tous les médecins qui s'intéressent à la médecine mentale. A l'étranger, comme j'ai pu m'en rendre compte au cours de mes voyages, son souvenir est considéré à l'égal d'Esquirol, de Pinel, de Morel, comme une des grandes figures de la psychiatrie française. Mais sa renommée a dépassé le domaine

des sciences psychiatriques, c'est pourquoi j'apporte ici l'expression des sentiments respectueux des collègues qui, dans d'autres milieux, m'ont délégué pour glorifier avec vous la mémoire respectée de celui dont vous allez évoquer la vie et l'œuvre.

#### BELGIQUE

M. J. MASSAUT, Médecin-directeur honoraire de la Colonie d'aliénés de Liérneux, à Hamoir-sur-Ourthe, Province de Liège (Belgique), au nom de la *Société de Médecine Mentale de Belgique* :

A Monsieur le Président de la Société Médico-psychologique.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

La Société de Médecine Mentale de Belgique a décidé de se faire représenter à la séance spéciale que votre Société consacra à la mémoire du grand aliéniste français Magnan et avait bien voulu me déléguer avec le D<sup>r</sup> Du Château, inspecteur général honoraire des Etablissements pour malades mentaux en Belgique.

Je me faisais un grand honneur d'assister à cette réunion scientifique et de vous exprimer les sentiments de haute et profonde estime des médecins aliénistes belges pour l'illustre psychiatre dont vous fêtez le centenaire. Ce désir était d'autant plus vif chez moi que j'appartiens à une génération qui a pu recevoir les leçons de ce maître respecté. Nous avons tous été influencés par ses doctrines sur la dégénérescence et ses remarquables études cliniques sur les délires et l'alcoolisme.

Comme toujours d'ailleurs et comme actuellement encore, les médecins belges n'ont cessé d'admirer les facultés d'analyse, de critique et d'exposition claire et ordonnée des savants français et se sont fait un honneur de se dire sur ce point leurs élèves.

Nul ne possédait à un plus haut degré ces qualités que l'illustre Magnan dans ses leçons et ses cliniques, et nul n'a peut-être eu plus d'influence sur la formation des aliénistes belges. C'est pourquoi la Société de Médecine mentale de Belgique a saisi avec joie et empressement l'occasion de s'unir à vous dans cette commémoration et d'augmenter ainsi cette collaboration scientifique franco-belge dont nous nous réjouissons notamment lors des sessions du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française et des séances communes de nos associations scientifiques.

Des circonstances familiales imprévues m'empêchent malheureusement au dernier moment et d'une façon absolue de me rendre actuellement à Paris et d'assister à vos assises.

Croyez bien, Monsieur le Président, et veuillez, je vous en prie, en persuader vos collègues, que je regrette profondément le contre-temps par suite duquel il m'est impossible de me trouver parmi vous et de m'associer plus effectivement à cette solennité.

Veuillez agréer également, Monsieur le Président, l'assurance de mes sentiments de haute considération.

D<sup>r</sup> J. MASSAUT.

#### GRANDE-BRETAGNE

M. le D<sup>r</sup> G. W. B. JAMES, délégué de *The Royal Medico-psychological Association* et de *The Royal Society of Medicine of London* :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,  
MESDAMES, MESSIEURS,

J'ai l'honneur de représenter aujourd'hui ici deux Sociétés Britanniques dont les Présidents, Conseils et Membres désirent saluer la mémoire d'un des maîtres de la médecine française, Valentin Magnan.

La Royal Medico-Psychological Association et La Royal Society of Medicine m'ont envoyé à Paris pour rendre hommage de leur part à ce grand médecin et professeur, et cette tâche est pour moi un honneur signalé.

Il est remarquable que Magnan naquit dans cette région du Sud-Ouest de la France d'où vinrent également Pinel, Esquirol et Falret. J'aimerais aussi vous rappeler que Magnan a eu comme contemporain notre grand neurologue anglais, John Hughlings Jackson. Une étude de la vie de Magnan est une source d'admiration et de respect pour le psychiatre d'aujourd'hui, une cause d'étonnement aussi de voir combien ce pionnier était en avance sur la pensée et sur la pratique de son temps dans toutes les branches de la psychiatrie.

Considérez son enseignement sur l'abolition de la contrainte, son insistance sur le traitement au lit pour les maladies mentales, ses vues avancées sur la nosologie et la pathologie de ce que nous appelons schizophrénie, et la valeur de ses travaux sur l'alcoolisme.

Dans chacun de ces cas sa vision atteignit le domaine de l'avenir et trop souvent rencontra l'opposition des sceptiques.

Il ne m'appartient pas de discuter les détails de la vie et de l'œuvre du maître ; nous les entendons décrire aujourd'hui par des hommes éminents.

Mais j'aimerais m'arrêter à considérer un moment quelles leçons cette noble vie offre au psychiatre de 1935. Si je puis exprimer une opinion personnelle, je dirai que les 45 années de travail de Magnan à Sainte-Anne enseignent pour toujours la valeur de la recherche individuelle, la nécessité constante d'une attention laborieuse et scrupuleuse aux moindres détails, et peut-être, par-dessus tout, une affection durable pour l'infortuné matériel humain à qui il dévoua sa longue vie.

Monsieur le Président et chers confrères, permettez-moi d'exprimer encore une fois l'hommage respectueux offert en cette occasion inoubliable, par les Sociétés que j'ai l'honneur de représenter, à l'illustre mémoire de Valentin Magnan.

#### CANADA

M. le D<sup>r</sup> Paul LARIVIÈRE, Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (de Montréal) :

MES CHERS COLLÈGUES,

C'est pour moi un grand honneur de pouvoir prononcer quelques mots dans cette réunion. Je le fais comme membre associé étranger de la Société Médico-Psychologique et je suis certain d'être en même temps le porte-parole de mes collègues canadiens.

Comme vous tous, je suis heureux de pouvoir, dans cette commémoration de sa naissance, rendre hommage au grand Magnan, qui symbolise en quelque sorte la clinique psychiatrique française, et à qui nous sommes tous redevables de notre tradition — tradition que nul mieux que notre président, M. Simon, élève de Magnan puis son successeur à l'Admission, ne saurait représenter. Qu'il me soit permis de remercier en vous, mon cher Maître, tous ceux à qui je dois ma formation psychiatrique... Vous savez combien jalousement dans mon pays — dans le Canada français bien entendu — on tâche de conserver l'esprit de la clinique française, que ce soit à l'Université de Montréal ou à l'Université Laval, de Québec. Plusieurs d'entre mes collègues ont été vos élèves (Les plus anciens étaient ceux de Magnan...).

Soyez assuré que nous continuons tous à rester en étroite

communication avec vos enseignements, et s'il ne nous est pas souvent permis d'assister (nous sommes tellement loin), comme j'ai le bonheur de le faire aujourd'hui, à une réunion internationale ou à un congrès, nous le regrettons vivement. Mais par les revues, nous suivons avec intérêt les observations nouvelles, les progrès thérapeutiques et nous tâchons d'en faire notre profit, et je crois que par là nous restons dans la meilleure tradition de l'œuvre de Magnan.

Une réunion comme celle d'aujourd'hui, qui nous remet en mémoire de grands exemples et qui nous montre le chemin parcouru, ne peut que nous emplir de confiance et de reconnaissance.

HOLLANDE

*D<sup>r</sup> René Charpentier, Secrétaire général, Société Médico-psychologique.*

*Amsterdam, 27 mai 1935.*

Au nom de la Société Hollandaise de Psychiatrie et de Neurologie, je vous envoie nos félicitations chaleureuses à propos du Centenaire de Magnan, dont nous admirerons toujours l'esprit scientifique et social.

*ARIENS KAPPERS, Président.*

ITALIE

M. le Professeur DONAGGIO, *Doyen de la Faculté de Médecine de Modène, Président de la Société Italienne de Psychiatrie et de la Société Italienne de Neurologie :*

REGIA UNIVERSITA DEGLI STUDI  
FACOLTA DI MEDICINA E CHIRURGIA

*Il Preside. Modena, le 17 mai 1935.*

*A M. le D<sup>r</sup> René Charpentier,  
Secrétaire général de la Société Médico-psychologique, Paris.*

MONSIEUR LE SECRÉTAIRE,

J'ai l'honneur d'envoyer l'adhésion de la Société italienne de Psychiatrie et de la Société italienne de Neurologie à la célébration du Centenaire de Valentin Magnan, fondateur et Méde-

cin-chef de l'Asile Sainte-Anne, et Président de l'Académie de Médecine.

La neuro-psychiatrie doit au génie de Valentin Magnan des progrès fondamentaux. Entre autres, une des œuvres de ce grand savant, les mémorables leçons sur les maladies mentales, ont eu en Italie, ainsi que dans tout le monde, une influence profonde. On a pu croire, dans une certaine période de l'évolution de la Psychiatrie, qu'on aurait dû abandonner quelques conceptions de Valentin Magnan ; mais ces conceptions ont repris toute leur évidence et s'imposent d'une façon définitive. C'est le propre du génie de surmonter victorieusement une époque historique, avec la découverte de la vérité.

Les neuropsychiatres italiens, en présentant leur hommage dévoué à la mémoire de Valentin Magnan, désirent donner aussi une nouvelle preuve des sentiments d'admiration et de fraternité qui unissent l'Italie à la grande nation française.

Veillez accepter, Monsieur le Secrétaire, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

*Arturo DONAGGIO,  
Président de la Société italienne de  
Psychiatrie et de la Société ita-  
lienne de Neurologie.*

ROUMANIE

M. le Docteur D. PAULIAN, professeur agrégé, au nom de la *Société de Neurologie et de Psychiatrie roumaine :*

MESDAMES, MESSIEURS,

La Société de Neurologie et de Psychiatrie roumaine s'incline respectueusement devant la mémoire du grand clinicien français.

Nous connaissons tous l'activité infatigable qu'il a menée sur le terrain scientifique et social.

Par ses travaux il a marqué de nouveaux chemins dans l'étude de la psychiatrie et de la médecine légale, qui a connu depuis une phase plus scientifique.

Par sa vie et ses œuvres, Magnan a mérité la reconnaissance non seulement de sa patrie, mais aussi de l'humanité entière.

La Société Médico-psychologique, en rendant un pieux hommage à sa mémoire, donne un bel exemple aux générations qui nous suivront. Un pays est placé d'autant plus haut sur l'échelle de la civilisation qu'il sait valorifier l'œuvre de ses savants.

SUISSE

M. le D<sup>r</sup> W. BOVEN, privat-docent à l'Université de Lausanne, délégué de la *Société suisse de Psychiatrie* :

MES CHERS CONFRÈRES ET AMIS DE FRANCE,

Le centenaire de Magnan suit de près son jubilé. Moins de vingt ans séparent l'instant de la mort, je ne dis pas de la gloire car, vivant, Magnan l'a connue, mais de cette sorte d'apothéose que le temps seul confère et assure aux plus grands, aux meilleurs des hommes.

Avec le pays, avec la communauté que je représente, avec la Société Suisse de Psychiatrie, je viens me recueillir devant l'autel d'un bon génie, d'un de ces Lares protecteurs et garants de la famille, d'un grand aïeul devenu un dieu familial et familier. Je viens, mes chers confrères, me recueillir avec vous devant son image et m'associer au cher culte que vous lui rendez. Vous l'évoquerez, vous qui l'avez connu en vie ; je l'invoque, comme ceux qui ne l'ayant pas approché jadis ne participent à lui que par le souvenir et la tradition des autres, par la doctrine et l'enseignement des maîtres, ses élèves.

Magnan mort est devenu pour nous tous ce que deviennent les meilleurs d'entre les hommes : un exemple, une suggestion, une force morale. Comme nous en avons besoin ! Nous vivons dans un temps où les valeurs demeurent le meilleur de nous-même et priment, contre tout démenti, les forces souvent mauvaises qui nous sollicitent. Que le souvenir de Magnan nous vienne en aide dans l'exercice de l'activité quotidienne et qu'il soit loué pour tout ce qu'il nous inspire d'éloignement pour l'œuvre basse et facile, de goût pour les tâches hautes et souvent sévères, de lucidité et de probité !

Qu'il soit loué pour la force qu'il nous accorde et pour la part d'idéal qu'il entretient de l'autre côté des monts, en beaucoup d'entre nous.

M. le Professeur M. MINKOWSKI (de Zurich), délégué de la *Société Suisse de Neurologie* :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

MESDAMES, MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

La Société Suisse de Neurologie m'a chargé de la représenter à cette séance solennelle consacrée à la mémoire de *Jacques-*

*Joseph-Valentin Magnan*, un des plus grands maîtres de la psychiatrie moderne, française et mondiale, à l'occasion du centenaire de sa naissance. Au nom de cette Société, qui rassemble la plupart des neurologues suisses, j'ai l'honneur de m'associer dans un hommage plein d'admiration et de reconnaissance à tous ceux qui honorent aujourd'hui ce grand homme, aliéniste de tout premier ordre, continuateur de la tradition brillante d'*Esquirol*, de *Pinel*, de *Baillarger*, de *Morel*, de *Falret*, ce grand ami des malades, ce noble cœur et lucide esprit. L'œuvre de *Magnan* sera retracée devant nous par des confrères particulièrement compétents. Je me permets seulement de dire quelques mots en ma qualité de neurologue et de représentant de la Suisse. La méthode anatomo-clinique que *Magnan* a appliquée en psychiatrie, surtout dans ses travaux sur la paralysie générale, sur les intoxications du cerveau, sur l'épilepsie, sur l'aphasie, rapproche son œuvre de celle de *Charcot* en neurologie, de *Claude Bernard* en physiologie orientée vers la clinique, comme de l'œuvre plus récente de mon maître *Constantin de Monakow*. Elle a fait de *Magnan* un psychiatre particulièrement proche à la neurologie, qui a contribué à resserrer les liens de ces deux sciences sœurs, en fécondant l'une comme l'autre.

En Suisse, l'œuvre de *Magnan* a exercé une influence très considérable. Nombreux sont les médecins suisses qui ont passé par l'école de *Magnan*, en fréquentant son service et ses leçons au Bureau d'admission de Sainte-Anne, qui se sont considérés comme ses disciples et ont été heureux de pouvoir appliquer et développer dans les asiles de leur pays les principes humanitaires, notamment de non-restraint, vis-à-vis des malades, dont *Magnan* leur donnait un exemple si brillant, et ses différents procédés thérapeutiques. En 1908, lors du jubilé qui eut lieu à l'occasion de la quarantième année de service de *Magnan* à Sainte-Anne, le regretté docteur *Paul-Louis Ladame* de Genève s'est fait l'interprète éloquent des sentiments qui animaient de nombreux neuro-psychiatres suisses envers leur maître.

Un fait encore mérite d'être signalé tout spécialement. C'est grâce en partie aux travaux de *Magnan* sur l'absinthe et les graves effets nocifs qu'elle détermine dans l'organisme, que la fabrication et la consommation de cette drogue a été interdite en Suisse dès 1908, avant même d'être défendue en France. C'est bien une démonstration impressionnante de l'envergure de l'œuvre de *Magnan*, qui, comme toute œuvre grande et féconde, a dépassé largement les limites de son pays et qui a eu des répercussions heureuses multiples, scientifiques, médicales

et sociales dans le monde entier. Et par cela elle a contribué à rapprocher les peuples désireux de santé, d'équilibre psychique et moral, de progrès et de paix, et à les unir dans une grande famille aspirant à un idéal commun !

U.R.S.S.

*Par avion.*

19 mai 1935.

*Monsieur le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.*

Les collaborateurs de la Clinique psychiatrique du Premier Institut de Médecine à Léninegrad et moi, vous prions de vouloir bien présenter nos salutations empressées à la Société Médico-psychologique de Paris à l'occasion du Centenaire du grand savant français V. Magnan, dont la doctrine a laissé une empreinte si profonde sur la psychiatrie russe.

Nous sommes heureux de constater que les brillantes idées des maîtres tels que les célèbres psychiatres français Morel et Magnan ayant traversé de longues étapes et subi de nombreuses épreuves apparaissent et revivent aujourd'hui dans les nouveaux courants de psychiatrie clinique.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Prof P. OSTANCOV,

*Directeur de la Clinique de psychiatrie  
à l'Institut de Médecine, Léninegrad.*

*Télégramme.*

Moscou, 26 mai 1935.

*D<sup>r</sup> René Charpentier, Secrétaire général de la Société Médico-psychologique.*

La Société Neurologique et Psychiatrique de Moscou s'associe à la célébration du Centenaire de Magnan, une des grandes gloires de la Science française, source inépuisable de génies.

*Président actuel de la Société Neurologique et Psychiatrique de Moscou : Prof. KROLL ; Président honoraire de la Société : Prof. MINOR.*

*Télégramme*

*D<sup>r</sup> René Charpentier, Secrétaire général de la Société Médico-psychologique, Paris.*

Moscou T.S.F. — Léninegrad, 26 mai.

Société psychologique Léninegrad regrette n'être pas représentée séance solennelle Magnan, envoie meilleurs compliments psychiatrie française.

*Président : OSSIPOV ; Vice-présidents : OSTANCOV, GOLANT.*

---

## L'ŒUVRE DE V. MAGNAN

---

### V. MAGNAN (1835-1916)

PAR

PAUL SERIEUX

Le XIX<sup>e</sup> siècle s'ouvre, pour l'historien de la psychiatrie, avec Pinel et avec Esquirol. Il se ferme avec V. Magnan. Ces trois grands noms, auxquels tant d'autres, dans le cours du siècle écoulé, pourraient être ajoutés, symbolisent l'œuvre inégalée des médecins aliénistes français de cette époque mémorable.

Les travaux du Maître illustre de qui, aujourd'hui, nous célébrons le centenaire, ne sauraient être assez exaltés. Clinicien avant tout, mais clinicien d'une pénétration incomparable, investigateur hardi dans tous les domaines de la pathologie mentale, Magnan a eu le rare privilège d'en agrandir l'étendue, d'en explorer et d'en délimiter les territoires variés et d'y faire régner un ordre souverain. Aux classifications symptomatiques, aussi simplistes qu'artificielles, il substitua des espèces nosologiques bien définies : son œuvre, par sa clarté, finit par s'imposer à ses contempo-

rains. Il n'est point de question que Magnan n'ait abordée ; il n'en est point dont il n'ait renouvelé l'étude. Ses recherches sont marquées d'une empreinte qui demeurera.

Par son enseignement, par ses livres traduits en plusieurs langues, par ses élèves répandus dans le monde entier, le savant médecin de l'asile Ste-Anne a contribué, pour une part éminente, au rayonnement scientifique de notre pays. Si le titre de Professeur lui a manqué, c'est qu'il ne suffisait pas, alors, pour l'obtenir, d'une maîtrise incontestée. Cette consécration officielle, d'autres en furent investis dont l'histoire de la psychiatrie n'a pas retenu les noms. Et quand, à l'étranger, on parlait du « Professeur » qui, à Ste-Anne, enseignait les maladies mentales, aucune équivoque n'était possible. Magnan fut ainsi, pendant près d'un demi-siècle, pour tous, nationaux et étrangers, le représentant de la psychiatrie française. Il l'est resté pour la postérité.

Que dire du réformateur, du philanthrope dont la compassion agissante fit tant pour améliorer le sort des aliénés ? Deux mots résumeront son œuvre de thérapeute : Magnan a soigné ses malades « avec amour et charité ». Certes, s'il y a aujourd'hui, dans nos services, moins de contrainte, plus de douceur, plus de souci du bien-être des psychopathes, c'est à Magnan, c'est à son persévérant apostolat qu'en revient le mérite.

Si les aliénés doivent beaucoup à Magnan, que ne lui doivent pas les aliénistes ? Grâce à lui, ils ont gagné en savoir et aussi en autorité. Ce n'est pas de ses seuls élèves qu'il fut l'éducateur : tous, nous sommes ses disciples, directs ou indirects. Rien ne démontre mieux la portée, enfin reconnue, de son œuvre et l'importance des études de pathologie mentale, que le nombre et la valeur de ceux qui s'intéressent actuellement à cette discipline. Quel changement d'attitude dans l'opinion médicale ! Jadis, dans maints milieux, on affectait d'ignorer la psychiatrie ; maintenant, on affecte de la savoir...

Que le souvenir de Magnan demeure toujours vivant en nous ! Il nous ennoblira. Il sera pour nous une « excitation à bien penser et à bien faire ». Honorer sa mémoire, ce n'est pas seulement célébrer une œuvre impérissable, ainsi que les services éminents rendus à la science, aux malades, au pays ; ce n'est pas seulement proposer aux jeunes générations un modèle digne d'être admiré et imité, c'est aussi, pour notre corporation, remplir un pieux devoir et s'acquitter d'une dette sacrée.

Paul SÉRIEUX.

## MAGNAN

### DANS SON SERVICE DE L'ADMISSION A L'ASILE SAINTE-ANNE

PAR

TH. SIMON

Bien peu d'entre nous aujourd'hui l'ont connu, et faire revivre la figure de Magnan n'est peut-être pas chose aisée. Pourtant, si l'œuvre est intéressante, l'homme qui la créa n'exerçait pas de son vivant un moindre attrait, et sa personnalité n'avait pas moins de puissance dans la vie journalière que dans ses ouvrages. Peut-on l'apercevoir à travers ces derniers ? Je me le demande. Et je voudrais d'abord essayer d'en tracer, tant avec mes souvenirs qu'avec ceux de personnes qui l'ont fréquenté, un portrait qui pût rendre compte de l'action qu'il a exercée.

#### I

Contrairement à l'habitude de commémorations telles que celle d'aujourd'hui je ne ferai donc pas un panégyrique. Outre que des compliments ne sont guère dans ma manière, je pense qu'il y a mieux à faire qu'à louer un homme illustre, dont la gloire ne peut être en rien contestée, c'est de nous efforcer de le comprendre, c'est d'analyser les raisons que nous pouvons apercevoir de sa valeur et de son influence.

Je ne crois pas me tromper en affirmant que celle de Magnan résidait avant tout dans son caractère. Il n'avait ni la facilité éblouissante d'un Dieulafoy, ni la verve pittoresque d'un Brisaud, ni leur aisance d'exposition ; il ne présentait guère de ces

saillies originales qui plaisent aux jeunes ; il ne savait pas jouer de quelques apparences superficielles qui, montées en épingles, ont peut-être de l'éclat un peu frelaté, mais de l'éclat tout de même ; non, plutôt même, je crois, apparaissait-il silencieux, bien qu'il y eût dans sa conversation, et surtout dans son regard, plus de malice qu'on n'en trouve dans ses écrits. Ceux-ci contiennent plus de considérations abstraites que d'anecdotes. Je n'ai jamais assisté à une leçon de lui, mais je l'imagine plus convaincu et plus solide que brillant ; un peu lent peut-être aussi. Il voyait surtout en profondeur. Un long travail de réflexion et de recherche précédait l'expression de sa pensée. Il peinait sur la forme parce qu'il la voulait adéquate. Et si l'on rencontre assez souvent, dans les œuvres qu'il a publiées, des répétitions textuelles, c'est, je pense, qu'il avait aussi quelque difficulté à modifier les moules où il avait enfin réussi à enfermer ses idées.

Il prenait d'ailleurs la vie au sérieux, il l'envisageait avec gravité ; il n'avait pas ce scepticisme ironique si à la mode aujourd'hui, dilettantisme non sans élégance mais qui fait tout admettre, et laisse tout passer, sous prétexte de compréhension. Lui, ne laissait que peu de place à la fantaisie. Il croyait à la vérité. Il exposait avec autorité les conclusions auxquelles il avait abouti, toujours soucieux d'agir, et ardent à faire plier à sa volonté les obstacles que pouvaient rencontrer ses convictions ou la marche de ses desseins.

Peut-être, à cause de cela même, son caractère n'a-t-il pas laissé dans les souvenirs de tous un sentiment toujours agréable. Très dur pour lui-même, assez âpre, n'ayant conquis sa situation qu'à force d'énergie et d'opiniâtreté, outre qu'il exigeait autant des autres, peut-être en avait-il conçu sur lui-même une opinion qu'il n'eût pas aimé voir contester. Il savait en effet ce qu'il valait. Il en avait l'orgueil. Et il en avait l'ambition. C'était un lutteur, mais un lutteur suffisamment sûr de sa force pour n'avoir pas besoin de recourir à des moyens, je ne dirai pas seulement déloyaux, mais même seulement à côté. Il avait toute la finesse nécessaire pour juger de la faiblesse de ses rivaux, mais il rusait peu ; il fonçait plutôt, après avoir d'ailleurs soigneusement préparé son terrain.

Dans ce désir d'une supériorité sans doute les psychanalystes d'aujourd'hui verraient-ils une revanche de l'infériorité physique qu'il gardait d'un accident de l'enfance sous forme d'un trouble de la marche, et une sorte de compensation volontaire à cette demi-infirmité. Et, de fait, son énergie était telle, telle la flamme de son visage, qu'on ne remarquait point autre chose.

Il semblait, au reste, qu'il y eût ainsi en lui des attitudes toutes différentes selon qu'on avait à faire à l'homme privé, au savant, au fonctionnaire ayant la responsabilité d'un service, ou bien au médecin s'adressant à un aliéné.

Savant, il aimait que des étrangers vinsent assister à sa visite. Il en était flatté, et la transformation de son attitude dans ces circonstances était curieuse à observer. Un public l'excitait. Il se dépensait pour plaire.

Fonctionnaire, il estimait nécessaire une certaine rigidité. Il payait d'exemple. Mais également avait-il conservé une sévérité assez brusque, et tenait-il, de ses convictions mêmes, une certaine violence, que l'évolution qui s'est opérée dans les mœurs nous rend encore plus sensible. Seulement, si notre indulgence actuelle rend à certains égards la vie journalière plus facile, il faut bien aussi reconnaître qu'il y a des bénéfices qu'elle empêche d'acquérir ; et, par son autorité et sa vigueur. Magnan avait obtenu dans son service la disparition de toute contention, ce qui ne représente pas seulement une action sur le personnel infirmier, mais également une action sur la personnalité si fuyante qu'est l'Administration pour qu'elle consente aux moyens indispensables. Tout cela est lié, et je ne suis pas sûr que les avantages d'un caractère obstiné ne l'emportent pas sur ses inconvénients. Ceux-ci n'ont qu'un effet passager sur les hommes qui viennent en conflit avec lui, tandis que ses conséquences ont quelque chose de durable.

A l'égard du malade, enfin, Magnan avait au contraire un tout autre maintien. Son ton immédiatement se faisait affectueux et ses gestes perdaient toute brusquerie ; sa patience devenait inlassable ; il ne commandait plus ; il apaisait, ou bien il trouvait les mots qui relevaient ; il avait, aux moindres désirs du malade, une complaisance qui quelquefois même nous paraissait excessive ; de toute sa personne émanait alors un rayonnement de sympathie. C'est là qu'il fallait le voir, dans ce cadre de l'Admission, soit assis auprès d'une maniaque, s'amusant à ses réparties, soit mieux encore dans la salle assez nue qui lui servait de bureau : assis derrière une table de marbre scellée au sol et recouverte d'un modeste tapis de reps vert, lui-même sur une chaise banale, sans fauteuil, tourné vers le malade placé à sa gauche, il l'interpellait avec douceur et sourire ; et nous étions souvent surpris de le voir directement attaquer le point précis qui convenait, et, tombant ainsi d'emblée dans les préoccupations du malade, obtenir des confidences, des aveux, des idées mystiques..., que rien ne nous faisait pressentir.

## II

C'est avec ces qualités et ces défauts qu'à trente ans, c'est-à-dire en pleine vigueur, Magnan entra à ce service de l'Admission, où il devait tenir presque jusqu'à la veille de sa mort.

Il m'a dit quelquefois quelle chance fut ainsi la sienne. Car il se rendait exactement compte de ce que ce fait exceptionnel de devenir à trente ans le chef d'un service tel que l'Admission avait joué dans sa formation. Il ne fut d'ailleurs chargé d'emblée que du service des hommes ; il partagea assez longtemps avec Bouchereau la répartition ; il pouvait ainsi consacrer plus de temps à l'examen des malades qui défilaient chaque jour devant ses yeux, et c'est vers 1885 seulement qu'il fut chargé de l'ensemble du service.

Le premier certificat que nous ayons de lui est du 21 septembre 1867. Il est écrit d'une écriture ferme, un peu épaisse, qui, sauf le tremblement des dernières années, se retrouve toujours semblable à elle-même. La signature est précédée de la mention « pour l'inspecteur général et par délégation », et son nom de l'abréviation habituelle D<sup>r</sup>, à laquelle, pourtant, Magnan renonça très vite.

Combien il serait intéressant, en relisant les certificats rédigés par Magnan, de pouvoir suivre les progrès de sa pensée et les tâtonnements successifs par lesquels il était arrivé à la classification selon laquelle il distribuait les cas de tous les jours quand nous sommes entrés dans son service aux environs de 1900 ! Etrange époque. Nous sommes restés à ses côtés de 1900 à 1907, et ainsi nous sommes-nous trouvés, d'une part, à un moment où Magnan avait sur l'aliénation une conception d'ensemble, une orientation générale qu'il n'appliquait pas sans quelque rigidité ; mais, d'autre part, c'était aussi le temps où le génie de Kræpelin était en pleine ascension, où les idées de Magnan, par suite, commençaient à être battues en brèche par ses élèves même, en sorte qu'il nous arrivait de recueillir de lui, avec un peu d'amertume parfois, les objections qu'il apercevait aux théories naissantes.

A cette époque donc, de sa part, une vue générale dont les grandes lignes apparaissaient avec une simplicité si limpide qu'en dépit des attaques portées, et, disons même, si l'on veut, des conquêtes de détail, elles sont restées la trame sur laquelle on construit.

D'un côté *les aliénations avec un substratum organique connu*, avec des signes neurologiques tels, ou une notion telle de l'étiolo-

logie, que le diagnostic en est assuré. Et puis, en contraste, *la folie proprement dite*, où des symptômes mentaux, quelque hypothèse qu'on puisse émettre, semblent à peu près seuls exister. Dans un service tel que l'Admission, où les malades défilent à une cadence qui n'a fait que croître au fur et à mesure des années, — service où d'autre part les diagnostics portés sont contrôlés par des collègues dont quelques-uns étaient plus disposés à la critique qu'à l'indulgence — il y a là, entre le groupe des cas organiques et le groupe des cas purement mentaux, un départ fort important. J'ai toujours vu Magnan s'y attacher avec un soin particulier.

Et puis, bien entendu, dans le groupe des folies organiques, toute une série de catégories. Je n'y insiste pas pour en reprendre la liste qu'on ne discuterait plus guère aujourd'hui, mais parce qu'à l'occasion de ces folies organiques se manifeste, il me semble, l'une des qualités cliniques les plus saillantes de Magnan, et, aussi bien, à l'Admission, l'un des aspects de la clinique les plus nécessaires. Aujourd'hui nous apprécions peut-être moins cette conquête clinique parce que nous n'avons plus qu'à en cueillir les fruits ; mais, en 1867, 1870, 1880..., bref tant que l'enseignement de Magnan n'avait pas éclairé le fouillis des cas journaliers, c'était chose nouvelle que d'y fixer des repères. Or la méthode de Magnan est précisément de découvrir et de dégager, sous la multiplicité des apparences, *les traits essentiels* et constants. Cela donnera peut-être à son enseignement fait au lit du malade, au hasard des matinées, quelque chose d'un peu schématique, mais ces repères fourniront le fil d'Ariane indispensable.

Et ce n'est point seulement les signes physiques cardinaux sur lesquels Magnan insiste ainsi : accros de la parole ou signes pupillaires pour la paralysie générale ; signes de localisation des démences artériopathiques ; tremblement des mains ou crampes des alcooliques ; morsures de la langue ou incontinence des épileptiques..., ce ne sont point seulement ces symptômes qu'il recherche méthodiquement, opiniâtement, jusqu'à certitude de leur existence ou non, c'est également l'état mental des malades qu'il s'efforce de caractériser. L'inconscience des épileptiques, les troubles du sommeil de l'alcoolisme, l'affaiblissement intellectuel si particulier des lésions cérébrales circonscrites..., voilà les éléments qu'il exige pour un diagnostic.

Où il triomphait dans ce sens, c'était lorsqu'il s'agissait de *paralysie générale*. On ne disposait pas alors de la ponction lombaire. On était réduit aux seuls signes cliniques. Les hésitations étaient

nombreuses. Magnan apportait une sorte d'amour-propre à se prononcer, tout en craignant les démentis qu'une évolution à l'époque fatalement progressive risquait de lui apporter. Ses examens et ses certificats de paralysie générale étaient indiscutablement parmi les plus soignés. L'interrogatoire était curieux à suivre. Il paraissait sans plan défini. C'était une conversation sur le mode de vie du malade ou même au hasard des sujets les plus divers. Le thème général n'était point un délire. L'entourage pouvait se demander à quoi voulait aboutir cette causerie prolongée. On s'étonnait, après quelques minutes à la table habituelle, de la voir se poursuivre debout, Magnan tournant le dos à la fenêtre et tenant son sujet face à lui, en pleine lumière, l'interrogeant des yeux autant que par la parole, tandis qu'il plaçait devant la partie inférieure de son visage la feuille d'observation où de temps en temps il notait quelques mots. Je le vois encore ainsi dans cette attitude familière, et nous, ses internes, nous le trouvions très long. C'est qu'il cherchait obstinément, et l'accroc, souvent très rare dans ces périodes de début, et ces *achoppements du jugement* dont on ne peut pas davantage prévoir quand ils se produiront, mais si démonstratifs lorsqu'on les rencontre. Il n'est pas un de ses élèves qui n'ait par la suite senti ce qu'ils apprenaient à ce spectacle. Et seuls, je crois bien, ses élèves participaient de son flair lorsqu'il s'agissait de dépister une paralysie générale tant soit peu fruste. Je m'imaginai alors que cela était classique, que cela était banal. Tous les livres ne parlaient-ils point de l'affaiblissement global comme caractérisant la démence paralytique ? Eh oui, mais l'appréciation clinique de cet affaiblissement, voici ce qu'apprenait la fréquentation d'un clinicien tel qu'était Magnan. Il m'arriva à l'époque de lire précisément le chapitre consacré par Kræpelin dans son traité à la paralysie générale, dont le diagnostic était sans doute aucun à cette époque, je le répète, la pierre de touche de l'aliéniste, et c'est peut-être ce qui m'a fait le mieux comprendre le contraste entre les deux hommes et la supériorité de Magnan.

Cette supériorité de Magnan nous allons la retrouver même dans les parties de l'aliénation où l'apport de Kræpelin est cependant incontestable. Vésanies, aliénation proprement dite, plus de signes organiques, plus de ces béquilles qui soutiennent notre marche hésitante, et aujourd'hui encore point de ponction lombaire qui vienne à notre secours. De l'excitation, du bavardage, des rires, des chants, des grimaces ou bien de l'inertie, du mutisme et des larmes, des troubles sensoriels, des illusions, des idées tristes, des idées de grandeur et surtout de persécution, du

logique ou du décousu ...et, pour tout dire, *des humeurs ou des mots*. Rien d'autre. Chez des hommes ou des femmes, dont l'origine, dont la culture nuance en outre ces symptômes de la façon la plus diverse et la plus individuelle. Comment donc s'orienter ? Qu'on ouvre un traité de cette époque, et mieux encore, qu'on fréquente quelque temps ce cinématographe incessant qu'est l'Admission de l'Asile Clinique, et l'on sentira le vertige.

A la vérité, on peut se passer de classer, de distribuer en espèces et variétés ces cas multiples qui défilent. On peut soutenir que chaque cas est particulier. On peut le dire et l'on a raison par quelque côté de le dire. Mais on y a aussi un peu de malaise. On y a du malaise parce que malgré soi on éprouve de temps en temps un sentiment des analogies ; malgré soi des rapprochements se font ; et le besoin naît et grandit, impérieux, de préciser ces ressemblances, et bref, d'établir des types et d'essayer une nosologie. Assez souvent, trop souvent même à mon gré, à mes internes, qui m'interrogent sur tel ou tel cas, je réponds : je ne sais pas ce que c'est... ; et cette case, je vous assure, est largement remplie. Eh bien, un esprit tel que celui de Magnan ne peut se contenter de pareille réponse. Un esprit tel que celui de Magnan ne peut que se colleter avec la réalité, et, dût-il se tromper, il se doit de la vaincre puisqu'elle est précisément la difficulté.

Or, d'emblée, une première coupure. Magnan met de côté d'abord les formes simples, je veux dire celles où l'unité est telle que nous n'avons pas généralement de peine à la reconnaître, et formes pour lesquelles nous sommes habituellement d'accord entre nous. Quelques excitations maniaques tout à fait classiques, avec humeur mobile mais surtout gaie ou coléreuse, plaisanteries ou grossièretés, énonciations délirantes superficielles... ; quelques mélancolies dépressives ou anxieuses, avec ou sans leur délire si particulier d'indignité, d'auto-accusation, d'inquiétude pour l'avenir. Mais, je le répète, les tableaux schématiques seulement, afin que nous ayions vraiment un maximum de sécurité. Nous aurons une seconde garantie, et plus valable, lorsqu'à la constatation des troubles s'ajoutera la connaissance d'accès antérieurs, semblables ou opposés, et lorsque le malade aura présenté entre eux des intervalles réguliers de retour à la santé et à une vie normale. Plus tard, à ces cas typiques s'agglutineront peut-être, à la faveur de cet élément de périodicité, des formes que nous n'aurions pas d'abord classées dans ce groupe ; mais ce sera là un progrès de notre expérience clinique.

Parmi les formes simples admises par Magnan, l'une des plus

discutées, l'une des moins admises fut son *délire chronique*. Ne représente-t-il pas, en effet, une construction artificielle ? Lorsqu'on interroge aujourd'hui quelque aliéniste que ce soit, c'est l'opinion à peu près unanime qu'on recueille. Je continue pourtant à me demander si elle est exacte. En effet, si ces malades entrent à l'asile dans la première phase de leur maladie, ce qui est rare, ils offrent un aspect sombre et déprimé qui ne correspond guère à l'attitude habituelle du persécuté. Or, pensera-t-on plus tard à rapprocher cette première impression de leur nouvel état ? D'autre part, ces malades ne sont-ils internés qu'à une phase plus avancée et en plein délire de persécution, en fixer le début, et la forme, exige un interrogatoire long et serré, très long surtout. Si l'on a de ces cas une conception différente de celle de Magnan, on ne recherchera donc pas ce début avec la méthode qui permet seule de le découvrir. Personnellement j'ai la conviction qu'un certain nombre au moins de délires de persécution présentent d'une façon quasi-schématique l'évolution de début indiquée par Magnan. L'aboutissement à une phase de grandeur n'est guère douteux non plus, encore que plus on voit le malade à une période avancée, plus le diagnostic par voie rétrospective devient suspect. Et je crains que, dans le même sens, en décrivant à ce délire une période de démence, en prétendant aussi qu'il englobe les cas anciens de possession ou de lycanthropie, de théomanie ou d'invention..., Magnan n'ait cédé à une vue théorique, et à cette tendance trop habituelle, surtout à son époque, de vouloir attribuer à des cadres nouveaux des observations d'antan grossièrement analogues, au lieu de limiter son effort à la seule réalité présente, déjà si difficile à pénétrer. Mais du moins voyons-nous là, avec une faiblesse de méthode, avec cette facilité de plier les faits à sa conception plutôt que de contrôler celle-ci par la répétition des observations journalières, du moins voyons-nous là un principe nouveau : à savoir que *l'évolution* était l'élément essentiel de la nosologie et que c'était ce principe qu'il fallait s'efforcer d'appliquer en aliénation comme ailleurs.

Qu'avons-nous d'ailleurs substitué à cette entité que nous refusons d'admettre ? La psychose hallucinatoire chronique ? la paranoïa ? Mais, par la première, nous retombons dans une de ces descriptions symptomatiques qui paraissent plus aisées à reconnaître, mais qui sont peut-être davantage des syndromes que des affections mentales proprement dites. La psychose hallucinatoire chronique remet au premier plan la systématisation du délire, mais en abandonnant cette notion d'une évolution systématique proclamée par Magnan avec tant de force... Et quant

à la paranoïa, elle sous-entend, antérieurement à la maladie, un caractère particulier, avec tendance constitutionnelle à l'orgueil comme à prendre les choses de travers, et tel que Magnan, croyons-nous, aurait apparenté plutôt des cas de ce genre à son autre groupe vésanique, à savoir à la dégénérescence mentale.

### III

*La dégénérescence mentale*, voilà à quoi le nom de Magnan est principalement attaché, plus encore, chose curieuse, que n'y est associé le nom de Morel, qui a cependant écrit sur les dégénérescences le premier ouvrage capital. A présenter les choses comme je l'ai fait aujourd'hui il pourrait sembler que le groupe des malades appelés à figurer dans la dégénérescence mentale ne fût déterminé que par élimination et qu'il comprît un peu pêle-mêle toutes les formes de vésanies ne relevant ni de la manie-mélancolie, ni du délire de persécution à évolution systématique. Et c'est bien un peu cela et un côté faible de cette classification. Mais c'est aussi autre chose, et quelque chose qui, à côté de parties insuffisantes ou vieilles, conserve une force singulière.

Plusieurs idées convergent autour de cette notion. La première, qui ne paraît pas toujours avoir été comprise, est celle de l'origine héréditaire des troubles dégénératifs. L'objection qu'on y a faite est la fréquence des hérédités dans les formes simples de la folie et par exemple dans les cas de folie maniaque-dépressive. Magnan a-t-il donc prétendu que l'hérédité n'intervenait que dans les cas de dégénérescence mentale ? Il a soutenu seulement qu'elle représentait dans ces cas un élément de tout premier plan, et qu'elle s'y présentait aussi avec des caractères particuliers. L'hérédité de la dégénérescence n'est pas celle des autres folies. Dans la folie maniaque-dépressive on relèverait principalement des cas d'hérédité similaire. A l'origine de la dégénérescence l'hérédité est beaucoup plus variée, et, par exemple, l'alcoolisme des parents en serait une cause fréquente. Enfin, il n'y a pas non plus de constance dans la forme héritée. Pour nos collègues de province qui ont souvent en traitement deux ou même trois générations d'une même famille, ces faits ne peuvent manquer de faire impression.

En dehors de cette origine Magnan admettait d'ailleurs le mécanisme d'une atteinte infectieuse. Et en cela, j'avoue qu'on trouvera, selon sa tournure d'esprit, soit encore une faiblesse du système, soit un complément ingénieux. Personnellement j'inclinerais à y voir une confusion fâcheuse. Mais cela nous amène

alors à examiner pourquoi Magnan la commet, pourquoi il place dans un même groupe des cas dont l'origine est aussi différente.

C'est que l'idée principale qui a présidé à la composition du groupe n'est pas celle de l'hérédité. Deux autres facteurs ont joué : le polymorphisme des manifestations, leur caractère atypique comparé à celles de l'autre groupe vésanique, et surtout la persistance, en dehors même des accidents bruyants et susceptibles de provoquer l'internement, la constance chez ces malades d'une sorte d'instabilité foncière, que traduit assez bien le mot déséquilibre.

Le polymorphisme des manifestations n'est pas seulement dans leur nature, dans la variété des idées délirantes, il se rencontre aussi dans leur évolution : le mode d'éclosion est plus ou moins soudain, les accès successifs ne se ressemblent pas ; tantôt le désordre ne constitue qu'une bouffée, tantôt il se prolonge sous une forme chronique ; tantôt l'intégrité intellectuelle se maintient en dépit des accidents hallucinatoires et délirants, tantôt ceux-ci entraînent une démence plus ou moins rapide. Ce qui relie ces états c'est qu'un même malade peut les présenter dans un ordre quelconque.

Et, la raison enfin de ce polymorphisme, c'est le fond mental qui les sous-tend, fond mental fait d'émotivité, de tendance aux idées fixes, de réactions impulsives..., déséquilibre qui peut en effet être alors constitutionnel ou acquis, selon que c'est l'hérédité ou une infection qui aura altéré les centres nerveux.

Car Magnan, essentiellement organiciste — et ne faisant à la psychologie qu'une part infime — et c'est le dernier caractère de sa doctrine — imagine un peu naïvement, transpose en termes anatomiques ce déséquilibre de caractère et de réactions, et, partisan résolu des centres et des localisations, joue de la prédominance des uns, de l'éréthisme des autres, des influences modératrices, inhibitrices des uns sur les autres.

Comme pour le délire de persécution nous nous retrouvons donc devant une *construction logique*, et d'ailleurs séduisante, mais à mon sens cependant, telle que j'en puis juger aujourd'hui, trop complète et je dirais trop parfaite. Seulement elle n'est pas sans grandeur, car elle ne s'arrête pas à toute cette poussière de symptômes qui embarrasse la clinique journalière. Elle domine les faits. Elle les interprète. Et par là elle en opère un classement particulier.

C'est en 1885 que le mot de dégénérescence, sous l'acceptation que nous venons de lui donner, apparaît dans les rapports annuels de Magnan. Jusque-là, la rubrique dégénérescence

n'englobait dans les statistiques de l'Admission que les arriérations dont le seul retard intellectuel semblait justifier l'internement. A partir de 1885, outre les cas d'arriération, Magnan embrasse sous le mot de dégénérescence une série d'autres troubles.

En feuilletant les certificats établis on peut suivre comment se fait la transformation. Avant les mots dégénérescence mentale ce sont les mots dégénérescence intellectuelle qui apparaissent, et d'abord on ne les rencontre que pour des malades chez qui obsessions et impulsions constituent une part importante des troubles ; et puis voici sous la même rubrique des délires de tous les jours.

Il est alors curieux de voir aux dépens de quels éléments antérieurs des statistiques de l'Admission se constitue le nouveau cadre. En 1885 le nombre des délires de persécution baisse d'une façon considérable. Baisse également la fréquence des états d'excitation et de dépression, tandis que s'entle la rubrique de la débilité mentale, et qu'apparaît une catégorie de dégénérés que Magnan qualifie, à l'époque, de dégénérés supérieurs.

Quels malades Magnan arrive-t-il donc ainsi à réunir ? — Le terme désigne aussi bien les débilités morales, les troubles du caractère que les arriérations intellectuelles ; il établit ainsi un pont entre la délinquance ou la criminalité et l'aliénation. — Il en établit un autre, par l'intermédiaire des impulsions, et le mot dégénérescence embrasse toutes les folies avec conscience, qu'il s'agisse d'épisodes obsessionnels simples, de phobies accidentelles, ou de ces tableaux cliniques complets, tels que la folie du doute. — Le terme désigne encore les délires à forme d'idée fixe comme les folies amoureuses, les délires de revendication ou certaines idées de persécution. — Le mot dégénérescence mentale embrasse enfin tous les troubles mentaux atypiques, états d'excitation, mélancoliques, hallucinatoires ou délirants dans lesquels Magnan croit reconnaître des mécanismes plus ou moins analogues à ceux des désordres précédents, c'est-à-dire notamment des phénomènes d'obsession, de phobie ou d'idée fixe, qu'on va bientôt étiqueter stéréotypies, arrêts, manières, discordances...

La dégénérescence apparente tous ces états. Elle en marque les points de contact, les transitions plus que les différences. Elle rapproche par analogies, l'obsession étant l'éréthisme d'un centre comme la débilité est l'absence de développement d'un autre, et les bizarreries apparaissant comme une combinaison d'obsessions ou de tics... Mais elle rapproche aussi par l'affirmation que

fait Magnan de la succession de ces désordres chez un même individu au cours de sa vie ou chez les membres d'une même famille. Ces liens que la théorie établit, c'est là, en fait, une première originalité de la doctrine de la dégénérescence.

L'examine-t-on d'une façon plus profonde, on lui en découvre une seconde. La théorie de la dégénérescence pose en effet le problème des troubles mentaux sous un angle singulier, et c'est à savoir celui-ci. De la forme sous laquelle ils se présentent, elle fait la conséquence, non pas des circonstances qui interviennent pour les faire éclore, mais d'un état antérieur de l'organisme, d'une constitution apportée par l'hérédité ou d'une modification subie par lui sous l'effet de causes infectieuses. La paralysie générale a son affaiblissement propre ; l'alcoolisme, son onirisme personnel ; la folie intermittente, le délire chronique, leur marche fatale ; la dégénérescence, elle, est une aptitude spéciale à délirer... Et ceci en étend encore le domaine. Que des causes banales interviennent sur un sujet prédisposé, que paralysie générale ou alcoolisme se développent chez un tel sujet, et les troubles mentaux qui surgissent chez lui revêtent une allure atypique. C'est que traumatisme, infection, choc moral, syphilis ou alcool, ne sont plus alors que l'occasion qui libère une aliénation, laquelle existait en puissance ; puerpéralité, syphilis ou alcool ne sont plus que des circonstances accessoires à la faveur desquelles la dégénérescence jusque-là latente apparaît.

Il semble vraiment qu'on comprenne, et que l'aliénation s'éclaire. Formes classiques exceptées, ne deviennent fous que des prédestinés, que les sujets marqués de certains stigmates et accablés de tares, ou ancestrales, ou acquises.

On crut à la dégénérescence pendant vingt ans. Pendant vingt ans, la doctrine s'affirma sans contestation sérieuse. J'eus l'étrange fortune d'être l'assistant de Magnan quand se produisit l'attaque la plus vive, la plus dangereuse aussi, celle qui fut menée au nom de la démence précoce de Kræpelin avec ses trois formes : hétérophrénique, catatonique et paranoïde.

C'était bien la plus formidable machine de guerre qu'on pût voir. La méthode de Kræpelin n'est pas celle de Magnan. Autant celle-ci est abstraite, autant Kræpelin accumule signe après signe, détail après détail. Il dresse de ses malades l'inventaire le plus minutieux. Leurs attitudes, leurs gestes, la moindre grimace de leur visage sont enregistrées et décrites, et nul doute, je crois, que notre analyse des aliénés ait beaucoup progressé sous cette influence. De la plupart des symptômes relevés par lui

Kræpelin donne aussi une interprétation personnelle, une interprétation très différente également de celle de l'école française, qui a toujours fait jouer aux troubles sensoriels et au désordre des idées un rôle essentiel. Selon Kræpelin, au contraire, négativisme, stéréotypies, manières traduisent avant tout le vide de la pensée. Et, conclusion de cette conception, qui, en dépit de ses bases objectives, contient, elle aussi, une construction de l'esprit, les tableaux cliniques dont il est question engageraient l'avenir, signeraient en quelque sorte l'incurabilité des troubles. Ainsi Magnan semble battu sur son propre terrain, celui de l'évolution.

Oh, sans doute, la dégénérescence n'est pas tout entière remplacée. Mais elle est fragmentée. Des blocs entiers s'en détachent. Déjà avec Janet, sous le nom de psychasthénie, la folie avec conscience aspirait à l'indépendance. Cette fois, ce sont les troubles mentaux les plus ingénieusement liés par Magnan à une origine dégénérative, qui réclament une vie à part.

Magnan marqua le coup. Mais on ne peut dire qu'il répondit. Il se tint farouchement sur ses positions. Sûr de lui, il pensait n'avoir qu'à attendre que passât la mode de la démence précoce. Il a l'amertume de voir ses meilleurs élèves accueillir ces idées nouvelles. Il essaie de les retenir sur la pente qui les entraîne. Et sans doute son amour-propre y apporte trop d'intransigeance. Mais c'est qu'aussi son expérience souffrait de les voir s'engager sur une voie qu'il estimait fautive.

Aujourd'hui la démence précoce est devenue en grande partie la schizophrénie. Or la schizophrénie est probablement plus près de la dégénérescence mentale que ne l'était la démence précoce. Elle n'est pas loin d'avoir une extension égale. A un état démentiel elle a substitué un autisme qui ressemble furieusement à l'idéation intérieure que l'école française supposait à ses malades, autisme et idéation intérieure qui apparentent en outre la schizophrénie aux psychasthénies, de la même manière que Magnan apparente les délires des dégénérés aux obsessions et aux phobies. Et voici enfin que Kretschmer, reprenant l'étude des corrélations physiques, décrit aux schizophrènes une dysmorphie qui rappelle les stigmates physiques de la dégénérescence.

La dégénérescence va-t-elle donc revivre ? Je ne le pense pas. Non remplacée elle est malgré tout dépassée aujourd'hui. Mais elle ne peut non plus mourir tout entière. Non plus que la démence précoce, non plus que la schizophrénie. Schizophrénie, démence précoce, dégénérescence, c'est l'aliénation vue à travers trois tempéraments différents, vérités partielles, étapes d'attente vers la solution finale, que probablement une découverte autre que nos moyens actuels d'examen sera seule apte à nous apporter.

Je m'excuse d'avoir fait passer devant vous toute l'aliénation dans un trop rapide raccourci, mais c'est que précisément Magnan et l'Admission, c'est l'aliénation tout entière. Ce n'est pas un fragment, c'est l'ensemble. Ce n'est pas étude de détails, c'est une fresque. Quand on situe Magnan, comme l'a fait Sérieux, au milieu de ses contemporains, on constate avec surprise qu'il n'a peut-être rien découvert : la paralysie générale, c'est Bayle, Baillarger, les Falret ; l'alcoolisme, c'est Huss et Marcé ; l'épilepsie, c'est Delasiauve, Voisin peut-être aussi ; le délire des persécutions, c'est Lasègue et Legrand du Saulle, et Falret encore ; et Falret encore et Baillarger pour ce qui est de la folie périodique ; les psychoses avec conscience, c'est Trélat ; la dégénérescence, c'est Morel, et les stigmates de la dégénérescence rappellent ceux de l'hystérie et rappellent Charcot, et la conception que Magnan expose de la dégénérescence n'est pas sans analogie avec l'arthritisme de Lancereaux et de Bouchard. Seulement Magnan a pénétré chaque affection de son regard acéré ; il a marqué chaque trait de sa griffe puissante, et il a enfin tout mis à sa place. C'est la victoire du travail et de l'obstination.

De cette obstination de Magnan, Messieurs, je ne donnerai plus qu'un dernier exemple, son optimisme impénitent. Peut-être bien le pronostic fatal qu'impliquait le terme démence précoce était-il ce qui le heurtait le plus. C'était contre lui que je le voyais le plus souvent s'élever. Aucun des signes invoqués ne lui paraissait justifier la condamnation portée en leur nom. Refusant de s'y arrêter il ne fixait son attention que sur les lueurs susceptibles d'apparaître, si fugitives qu'elles puissent être. Tant que se manifestait un peu d'activité normale, tant qu'il obtenait du malade quelques réponses intelligentes, il voulait qu'on travaillât à attiser ces flammes vacillantes... Comme l'a fait un jour pour notre France contre l'ennemi son ami d'enfance et de toujours, Georges Clémenceau, lui aussi défendait le terrain pied à pied. Il dressait sa volonté entêtée contre la maladie. De cette résolution de ne jamais désespérer d'eux, les malades, d'ailleurs, et leur entourage lui étaient reconnaissants, — et cette ténacité de sa part était encore une leçon.

## L'ŒUVRE ANATOMO-CLINIQUE DE MAGNAN

PAR

P. GUIRAUD

Magnan a été surtout un grand clinicien. Tous ceux qui ont été ses élèves, et ils sont encore heureusement nombreux, tous ceux qui l'ont connu se le représentent volontiers examinant les entrants au cours de sa visite ou exposant un cas intéressant devant une société savante. Quand sur le mur même du pavillon de l'Admission à Sainte-Anne, qu'il a si brillamment illustré, on a voulu élever un monument à sa mémoire, l'artiste l'a figuré se penchant avec douceur vers le lit d'une malade. Cette scène symbolise bien l'essentiel de ce que fut Magnan, mais elle ne l'évoque pas tout entier.

Magnan a étendu son activité à toute la science psychiatrique. Il a été un anatomo-pathologiste fécond et a apporté à cette partie de notre science une importante contribution que le temps a laissé intacte. Les recherches anatomiques et biologiques n'étaient pas considérées par lui comme une activité en quelque sorte accessoire, tendant seulement à satisfaire le scrupule d'être complet dans l'étude des maladies mentales. Magnan était vraiment médecin dans toute la compréhension du terme. Dans ses exposés de titres scientifiques, il rappelle qu'il a été Vice-Président de la Société de Biologie et qu'il est membre de la Société Anatomique et de la Société de Micrographie en même temps que membre de la Société Médico-Psychologique.

La psychiatrie est une science vaste aux aspects multiples, qui attire également des esprits à tendance bien différente. Certains sont intéressés surtout par l'enchaînement psychologique des symptômes observés, par l'aspect philosophique de l'aliénation mentale ; ils étudient les malades, édifient leurs théories comme si le corps humain et le système nerveux n'existaient pas.

Reconnaissons cependant que ce reproche ne peut pas être adressé à la psychiatrie française qui, depuis le début, est res-

tée si attachée à la médecine générale, refusant presque toujours de se laisser séduire par la spéculation philosophique et psychologique pure. Dès 1820, Georget écrivait dans son ouvrage : « *De la Folie* » : « Mais ces auteurs, par une circonspection extrême, ou peut-être dans la crainte de se trouver en opposition avec des opinions philosophiques ou religieuses, ont décrit les phénomènes de cette maladie sans remonter à leur cause ; ils ont considéré les troubles d'une fonction sans l'organe qui en est le siège, le désordre des facultés intellectuelles sans le cerveau qui est indispensable à leur manifestation ; en sorte que de cette manière ce sont les symptômes qui constituent la maladie, au lieu du trouble organique qui leur donne naissance. »

Il est réconfortant de penser que celui qu'on peut citer comme exemple du parfait clinicien français ait été également un anatomo-pathologiste remarquable. Pour apprécier avec équité les travaux anatomiques de Magnan, il faut se placer au point de vue historique. Malgré nous, quand nous voulons étudier l'œuvre d'un auteur ancien ou même celle d'un de nos prédécesseurs immédiats, nous commettons souvent une erreur de perspective. Nous replaçons leurs travaux et leurs théories dans notre milieu contemporain, sans tenir assez compte des progrès scientifiques et techniques réalisés dans l'intervalle.

Dans l'ensemble des connaissances d'un savant, dans cette sorte de système scientifique que chacun de nous élabore, il y a une immense part d'acquiescement obligatoire et invérifiable aux théories de toute une génération. On est bien obligé d'accepter les conclusions des sciences voisines : anatomie, physiologie, neurologie, etc... Cette remarque est indispensable parce que la carrière de Magnan a été très longue. Sans doute nous l'avons connu, mais il ne faut pas oublier que sa thèse sur la paralysie générale date de 1866 et que presque tous ses travaux anatomiques ont été effectués avant 1880. A cette époque, aucune des méthodes essentielles de l'histopathologie nerveuse n'était connue : ni celle de Golgi, ni la technique de Weigert pour la myéline et la névroglie, ni la méthode de Nissl. Magnan a consacré la plupart de ses recherches anatomiques à la paralysie générale. C'était à son époque la seule maladie mentale que l'anatomie pathologique pouvait aborder avec quelques résultats. Comme moyen d'investigation, on avait le durcissement des pièces à l'alcool ou à l'acide chromique, les coupes à main levée, et le traitement de ces coupes par l'acide acétique ou l'éther. Vers 1873, Magnan utilise la coloration des coupes par le carmin ammoniacal et plus tard toutes les techniques nouvelles à mesure de leur

apparition. La thèse de 1866 est une contribution brève mais capitale dans l'histoire anatomique de la paralysie générale. Avant Magnan, on considérait la démence paralytique, surtout comme une méningite chronique avec atteinte de la partie superficielle de l'écorce cérébrale. Son mérite a été de montrer que la lésion était diffuse. Sans doute, l'inflammation prédomine au niveau des couches corticales et de l'épendyme, mais elle s'irradie dans toute la profondeur de l'encéphale. L'élément histologique essentiel n'est pas tant la lésion parenchymateuse que l'atteinte interstitielle de la névroglie. Voici comment il la décrit : « Ce réticulum, à cloisons très fines à l'état normal, limite les espaces qu'embrassent largement les faisceaux de tubes nerveux. « Mais, « sous l'influence de l'irritation formative, les cloisons s'épaississent, les mailles qu'elles circonscrivent se resserrent, compressent les tubes nerveux, altèrent leur nutrition. Cette irritation formative avec prolifération nucléaire se montre dans toute l'étendue de l'organe, mais en s'accroissant davantage sur certaines parties... » Tous les travaux consécutifs et spécialement les découvertes de ces dernières années, qui nous permettent d'imprégner avec une finesse extraordinaire toutes les formes gliales, ont mis en relief le rôle capital de la névroglie dans la réaction cérébrale contre l'infection spirochétique. Il ne faudrait pas croire que l'importance du rôle de la névroglie ait empêché Magnan d'accorder à la périvasculature la place qui lui revient dans le tableau histologique de la paralysie générale. Les premiers mots de l'examen microscopique de la première observation de sa thèse sont les suivants : « Les vaisseaux de la couche corticale présentent une gaine hypertrophiée recouverte de nombreux noyaux. »

Un autre point sur lequel Magnan a insisté dès le début a été également confirmé : c'est l'atteinte simultanée de l'encéphale et de la moelle et même des nerfs périphériques. Sans doute, Bailarger et Westphal avaient déjà signalé quelques observations d'ataxie locomotrice et de paralysie générale associées, mais il semblait à la plupart des auteurs que la moelle était tout à fait intacte dans la paralysie générale. Au contraire, comme l'a montré Magnan, elle est souvent atteinte et la maladie constitue une véritable névrite, comme nous disons aujourd'hui. Les lésions des nerfs périphériques sont signalées dans un grand nombre de publications : « De la sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil dans la paralysie générale (1877). » Essais sur les altérations des nerfs crâniens dans la paralysie générale (Thèse de Tardy, 1877, avec deux observations de Magnan).

La paralysie générale à prédominance régionale, qui devient si intéressante depuis la généralisation de la malariathérapie, avait également attiré l'attention de Magnan. Il a publié deux cas d'aphasie dans la paralysie générale, puis quatre observations dans la thèse de Loghiades, et enfin un cas de paralysie générale par hématome de la dure-mère.

A côté de ces recherches d'ordre général, nous devons signaler quelques travaux spéciaux, tels que « De la dégénérescence colloïde du cerveau dans la paralysie générale ». Cette lésion est rare et retrouvée seulement par les auteurs qui font de nombreuses autopsies. Le mémoire de Magnan, qui date de 1869, est curieux par la précision des recherches histo-chimiques ; le diagnostic avec la substance hyaline ou amyloïde est parfaitement effectué avec toute une série de réactifs : insolubilité dans l'alcool et dans l'éther, traitement par le carmin ammoniacal, par l'iode avec acide chlorhydrique. Comme autre recherche de détail, il faut citer également la description précise des granulations épendymaires (1873). De belles planches illustrent l'article et mettent en évidence l'hypertrophie névroglique et la disparition par places des cellules épendymaires.

Rappelons enfin un cas de paralysie générale avec pachyméningite cérébro-spinale, myélite interstitielle diffuse avec plaques de sclérose (1869). Il est curieux de rapprocher cette observation de celle publiée récemment par I. Bertrand et Noël Péron, et qui a trait également à une paralysie générale avec atteinte médullaire comparable à la sclérose en plaques.

La question de l'aphasie, qui est restée d'actualité pendant toute la carrière de Magnan, a été l'objet de nombreuses recherches et de neuf communications ou thèses inspirées, on y trouve des cas d'aphasie motrice pure avec atteinte du pied de la troisième frontale, par ramollissement ou par gliosarcome, des observations typiques de cécité verbale, de surdité verbale ou psychique. Cette richesse de cas cliniques montre combien nombreux sont dans les asiles les malades intéressants au point de vue neurologique quand on sait les trouver.

Nous ne voulons pas négliger d'attirer votre attention sur une observation publiée en 1881 sous le titre « Etude comparative de la démence et de l'idiotie ; cas d'aphasie progressive aboutissant au mutisme. » Il s'agit d'une malade de 51 ans atteinte d'une démence rapidement progressive n'ayant que quelques phrases à sa disposition, répétant vers la fin de la vie toujours les mêmes mots et en arrivant enfin à un mutisme complet. Cette malade présentait enfin les phénomènes suivants : balancement, voracité,

sourires niais, « viduité du regard », mutisme, tout autant de symptômes que l'on trouve réunis dans l'idiotie seulement. Ce cas rare, dans lequel la démence prenait l'aspect d'une idiotie tardivement acquise, avait beaucoup intrigué Magnan. L'autopsie donna lieu aux constatations suivantes : poids du cerveau, 770 gr., hémisphère droit, 415, gauche, 350 ; à gauche, sclérose très accusée dans les zones situées en avant et en arrière des frontale et pariétale ascendantes ayant provoqué une atrophie rappelant l'aspect vermiculé du cerveau de certains idiots. Une planche remarquablement dessinée est jointe à l'article. Cette observation est le premier cas publié de ce qu'on a appelé plus tard, la maladie de Pick. Toutes les caractéristiques s'y retrouvent : intégrité des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, atrophie fronto-temporo-occipitale et, au point de vue clinique : âge de la malade, perte progressive du stock des idées et du langage aboutissant au mutisme, atteinte de la mimique, mouvements itératifs. Cet exemple démontre que l'observation pénétrante qui s'attache à l'analyse individuelle de chaque malade attire immédiatement l'attention du bon clinicien dès qu'il se trouve en présence d'un syndrome qui sort de la règle ordinaire.

Magnan s'est beaucoup intéressé à l'alcoolisme au point de vue clinique et expérimental ; il a également apporté sa contribution anatomo-pathologique à cet important sujet. Déjà il se préoccupait du dosage de l'alcool dans les divers organes. Il avait remarqué que quand l'absorption se fait par la muqueuse pulmonaire ou par les veines, le poison se trouve en plus grande quantité dans les centres nerveux. Lorsque, au contraire, les liquides sont introduits dans l'estomac, la veine porte chasse vers le foie les substances puisées à la surface de la muqueuse gastro-intestinale et c'est le foie alors qui devient le plus riche en alcool. En 1876, il avait apporté à la Société de Biologie un exemple très complet des désordres anatomiques produits par l'action continue de l'alcool : dégénérescence graisseuse de tous les organes, foie, rein, cœur, cerveau, réaction du tissu interstitiel dans le foie et les reins. Les lésions du système nerveux dans l'alcoolisme ont été décrites avec encore beaucoup de détails : pachyméningite avec suppuration possible de l'hématome, polynévrite avec paralysie et anesthésie, observations d'hémi-anesthésie, atteinte des organes des sens, anévrysmes miliaires de la rétine et du cerveau. Cette dernière constatation mérite d'être soulignée parce qu'elle montre les relations entre les lésions vasculaires de la rétine et du cerveau et la possibilité durant la

vie de déterminer par l'examen ophtalmoscopique la nature de la lésion cérébrale. C'est seulement dans ces dernières années qu'on a vu l'importance de cette remarque et qu'on a utilisé la mesure de la tension artérielle rétinienne comparée à la tension humérale pour déceler dès son début l'hypertension intra-cranienne.

Contribution également importante au problème de l'épilepsie. Dans l'épilepsie résultant de l'abus de boissons alcooliques, il faut distinguer les attaques convulsives provoquées directement par le toxique et, en particulier, par l'absinthe et les attaques convulsives de l'alcoolisme chronique qui sont sous la dépendance de lésions organiques. Dans l'épilepsie essentielle, les recherches de Magnan ont été surtout d'ordre anatomo-physiologique, il a étudié spécialement les variations de la pression sanguine au cours de l'attaque : hypertension au moment de la phase tonique, ralentissement cardiaque pendant la phase clonique. Dans les épilepsies de cause périphérique, il a rapporté un cas curieux d'aura ayant pour siège une cicatrice au talon gauche. Nous prolongerions à l'excès cette étude si nous voulions seulement donner un aperçu complet de toutes les publications que Magnan a consacrées à l'anatomie pathologique.

Il nous faut maintenant pénétrer dans le domaine plus délicat de l'anatomo-physiologie générale. Tous les esprits qui voient dans la psychiatrie à la fois la description des maladies mentales et l'étude de l'atteinte anatomique des centres nerveux sont logiquement contraints d'essayer d'inscrire dans le fonctionnement du cerveau les symptômes psychologiques morbides qu'ils observent. Ils sont obligés de faire, explicitement ou implicitement, une théorie anatomo-psychologique des troubles mentaux. Par ses tendances générales, par sa vaste culture médicale, par son siècle et par son milieu, Magnan se devait d'apporter une doctrine anatomo-physiologique de sa psychiatrie et spécialement de la dégénérescence mentale telle qu'il la concevait. Son attitude était très nette puisqu'il réunissait toujours ses publications sous le titre caractéristique de : « Recherches sur les centres nerveux. » Sa doctrine anatomo-physiologique des dégénérés héréditaires est celle du « déséquilibre des centres nerveux ». Chose curieuse, cette thèse paraissait si naturelle à Magnan qu'il ne l'a jamais longuement exposée en détail et n'a guère essayé de prévoir les objections qu'on pourrait lui opposer ni de les réfuter. La phrase qui synthétise le mieux sa pensée est la suivante : « Rien n'est plus instructif, en effet, pour la solution de certains « problèmes de physiologie pathologique, que l'émancipation des « différents centres de l'axe cérébro-spinal qui, grâce à la désé-

« quilibration des héréditaires dégénérés, peuvent entrer chacun « en fonction d'une façon isolée et indépendante de tous les « autres centres. » Ainsi donc, alors qu'à l'état normal tous les centres cérébraux fonctionnent hiérarchiquement et synergiquement sous la direction du psychisme supérieur à localisation frontale d'après les idées de Magnan, chez les héréditaires dégénérés, ils pouvaient se mettre à fonctionner d'eux-mêmes. C'est la théorie typique de l'automatisme mental et nerveux. Chez l'idiot, le centre génito-spinal s'émancipe de toute action cérébrale et provoque des érections fatigantes et persistantes. Chez d'autres, quand la protubérance entre spontanément en action, nous observons toute la mimique d'un état passionnel. L'énonciation de mots grossiers résulte d'un certain éréthisme des centres du langage. Les obsessions impulsives sont provoquées par un centre surexcité qui réclama le retour d'une sensation déjà connue. Cette théorie générale du déséquilibre nerveux est appliquée non seulement aux dégénérés héréditaires, mais aussi à l'hystérie et au délire à évolution systématique.

Pour la première, nous rappelons l'observation d'une femme de trente ans, présentée à la Société Médico-psychologique en 1886, qui semble avoir particulièrement intéressé Magnan. Le mot hystérie n'est pas écrit, mais la description clinique ne laisse guère de doute que la plupart des auteurs de son époque auraient considéré cette malade comme une hystérique. Par moments, elle perdait la libre direction de ses mouvements, était obligée d'avancer un bras, de se frotter les mains, d'autres fois elle ne pouvait s'asseoir ou se relever quand elle était assise. Dans certaines circonstances encore, en discordance avec son état affectif, elle réalisait toute la mimique d'un état passionnel ou prononçait, sans pouvoir s'en empêcher, toute une série de mots grossiers. Dans la conception de Magnan, cette observation montrait la généralisation de l'émancipation des centres dans les différents segments de l'axe cérébro-spinal.

Pour le délire chronique à évolution systématique, l'explication pathogénique est analogue : éréthisme des zones sensorielles tel que la moindre pensée se traduit par des mots entendus, l'émancipation des centres produisant des mots, des phrases, des monologues, en dehors du courant d'idées du sujet, et enfin « dédoublement de la personnalité quand les centres corticaux deviennent indépendants et fonctionnent en quelque sorte automatiquement, dialogue entre le patient représenté par le lobe frontal et l'interlocuteur cantonné dans le centre auditif cortical ».

Quelle doit être l'attitude de la pensée psychiatrique contem-

poraine devant ces théories, qui ont été celles de toute l'époque de Magnan et qui persistent presque inchangées chez certains d'entre nous ?

D'abord, comme nous l'avons déjà fait remarquer, on ne peut pas reprocher à Magnan les erreurs et les incertitudes anatomo-physiologiques de son époque. Ayons au moins cette indulgence, dans l'espoir que nos successeurs, s'ils consentent à nous lire, ne souriront pas trop des erreurs et des imperfections de notre science contemporaine. Nous ne croyons plus que la protubérance soit le centre de l'expression des émotions, ni que la moelle puisse être le support unique de l'instinct génital, même chez les idiots. Qu'importe, c'est la théorie générale qu'il nous faut envisager.

Grâce précisément aux nombreuses recherches que la théorie des localisations cérébrales a provoquées, grâce aux faits multiples qu'elle a permis de découvrir, nos conceptions actuelles sont devenues bien plus complexes que celles qui régnaient à l'époque de Magnan. Nous n'admettons plus qu'un fait psychique puisse être provoqué par l'activité isolée d'une étroite zone cérébrale, nous croyons que le système nerveux tout entier intervient à chaque instant de notre vie psychique sous forme d'activité localisée, d'activité moindre, ou d'inhibition également localisée. Nous tendons à admettre que la composante intellectuelle, la composante affective, la composante active de chaque processus psychique sont données par des zones cérébrales différentes. Nous savons que la cellule nerveuse et le fait psychique ne sont pas deux unités superposables. Il n'en reste pas moins vrai que sur le théâtre de notre activité mentale les premiers rôles sont toujours joués par ce qu'on appelait les centres, les autres régions ne faisant transitoirement office que d'accompagnateurs, de rôles muets, de figurants.

Le dernier traité de pathologie cérébrale, celui de Kleist, n'hésite pas à localiser dans l'encéphale de nombreuses fonctions psychiques avec une précision peut-être même excessive. Les acquisitions récentes sur les réflexes conditionnels et l'extrême variété de l'architecture corticale confirment la doctrine des localisations. Si nous n'admettons plus, comme à l'époque de Mathias Duval, l'amiboïsme des neurones, qui faisait vraiment trop ressembler le système nerveux à une canalisation électrique, nous parlons de frayage, de facilitation, d'inhibition interneuronique, ce qui revient pratiquement au même. Il n'est pas jusqu'aux théories psychologiques qui ne s'inspirent de ces idées, la doctrine de la schizophrénie, de la dislocation intrapsychique

n'est pas autre chose que la transposition en langage psychologique de notions de physiologie nerveuse.

A la vérité, cependant, il faut signaler une réaction contemporaine contre ces tendances. Quelques jeunes psychiatres français, parmi les plus brillants et les plus actifs, semblent considérer la personnalité mentale comme une totalité insécable et inaccessible à l'analyse. Ils ne veulent pas se résoudre à admettre que des atteintes acquises des centres nerveux sont capables de produire une pensée morbide et délirante. Ils ne veulent pas voir que le but suprême de la psychiatrie est d'inclure la psychologie dans la physiologie nerveuse. Cette attitude résulte du fait qu'ils ont perdu le cerveau de vue, dans le sens le plus concret de l'expression. Ils ne regardent plus le cerveau ni à l'œil nu, ni au microscope. Nous sommes convaincus que la confrontation quotidienne de la clinique et de l'anatomie pathologique les aiguilleront dans une autre voie que nous croyons bonne.

Que notre Maître Magnan leur serve d'exemple. S'il a formulé une conception anatomo-physiologique de ses théories, comme il avait le devoir scientifique de le faire, ce n'est qu'après de patientes et minutieuses recherches que je vous ai rappelées dans la première partie de cet exposé. Tous ceux qui l'ont connu savent quelle extraordinaire influence Magnan exerçait sur ses contemporains et sur ses élèves par la vigueur de son esprit, la ténacité de son labeur, la continuité de son dévouement aux malades. Si nous célébrons aujourd'hui sa mémoire, c'est pour prolonger cette influence sur les jeunes générations et leur faire comprendre la nécessité de l'union indissoluble de la clinique et de l'anatomie.

## MAGNAN ET SES ETUDES SUR L'ALCOOLISME

PAR

ROGER MIGNOT

Les études de Magnan sur l'alcoolisme appartiennent, pour la plupart, à la première période de sa vie scientifique.

Son premier travail date de 1864, lorsqu'il est à Bicêtre, dans le service de Lucas et dès lors il ne se désintéressera plus jamais de cette question. Sa haute conscience professionnelle l'en empêche, alors que chaque jour défilent, dans son Service de l'Admission, les malheureuses victimes de l'alcoolisme, dont le nombre s'élève d'année en année, d'une façon progressivement croissante.

A la veille de sa retraite, il veut, dans un dernier travail, fruit de sa longue expérience, montrer l'importance médicale et sociale de l'alcoolisme et son influence pernicieuse sur la race : au 1<sup>er</sup> Congrès International d'Eugénique, il présente, à Londres, avec M. Fillassier, une statistique établie de 1867 à 1912. Cette enquête, résultant de quarante-cinq ans d'observations personnelles, est la plus importante contribution qui ait jamais été poursuivie sur l'alcoolisme. Il s'en dégage des notions restées encore aujourd'hui d'actualité en France : augmentation progressive du nombre des accidents mentaux de l'alcoolisme ; accroissement de l'intoxication chronique chez la femme ; importance de la fréquence des internements provoqués par l'alcool.

Pour exposer dans une vue d'ensemble les études de Magnan sur l'alcoolisme, on peut les ranger dans trois groupes, suivant qu'elles ont trait à l'expérimentation, à l'observation clinique, aux méthodes thérapeutiques.

Magnan avait travaillé dans le laboratoire de Claude Bernard et, suivant les conseils du Maître, l'un des premiers et dès le début de sa carrière, il associe à l'observation clinique psychiatrique l'expérimentation physiologique, « qui permet, dans les

faits complexes, de se rendre compte de la part contributive de chacun des éléments constitutifs ».

Seul, ou en collaboration avec Hardy, François Franck, Gréhant, Gley, Laborde, il poursuit des expériences sur les animaux (chiens, chats, oiseaux) et, en particulier, détermine l'action respective des diverses substances toxiques contenues dans les boissons spiritueuses : alcools supérieurs, aldéhydes, furfurole, essences, bouquets.

Il établit que chez l'animal, comme chez l'homme, les accidents toxiques, varient d'importance suivant que les boissons alcooliques sont prises à jeun ou pendant les repas.

A la suite de l'administration quotidienne de l'alcool, il note chez le chien, à partir du quinzième jour, des modifications de l'intelligence et du caractère. Ensuite, surviennent l'insomnie et les hallucinations nocturnes ; enfin, plus tard, éclate un véritable délire. Au deuxième mois se produisent les troubles moteurs, s'étendant lentement de l'arrière-train au tronc et enfin à la tête.

L'alcool, à lui seul, ne détermine pas de phénomènes convulsifs, dans les premiers mois de son action ; ce n'est que tardivement, lorsque l'intoxication a produit des lésions anatomiques de l'encéphale et de ses enveloppes, qu'apparaissent des crises épileptiques ; elles sont identiques à celles qui s'observent chez l'homme dans la paralysie générale et les lésions circonscrites du cerveau.

En opposition avec l'alcool, l'absinthe à faible dose, chez les animaux, provoque d'emblée des vertiges et des secousses musculaires dans les parties antérieures du corps ; à haute dose, elle donne des attaques épileptiques et du délire.

L'observation clinique devait confirmer ces constatations expérimentales. C'est à Magnan que nous devons cette notion que l'alcool, par son action directe, ne produit pas l'épilepsie. Quand des convulsions s'observent dans l'alcoolisme aigu, elles résultent d'une prédisposition du sujet, d'une aptitude convulsivante ou bien encore, et, plus souvent, de la présence dans la boisson ingérée, de substances autres que l'alcool ; en pareil cas, il s'agit presque toujours des essences, et particulièrement de l'essence d'absinthe. Par contre, dans l'alcoolisme chronique, les convulsions sont sous la dépendance des lésions organiques des centres nerveux résultant de l'intoxication éthylique longtemps prolongée.

Par l'observation ophtalmoscopique et par l'observation directe du cerveau chez les animaux trépanés, Magnan constate qu'au stade tonique de l'attaque absinthique, répondent la mydriase,

l'injection de la papille et du fond de l'œil, la congestion de l'encéphale.

Les animaux privés des lobes cérébraux présentent, sous l'influence de l'absinthe, des crises épileptiques et des secousses semblables à celles des sujets non mutilés. Après section de la moelle au-dessous du bulbe, l'absinthe détermine d'abord une attaque bulbaire (convulsions toniques et cloniques de la tête, avec écume aux lèvres) et puis une attaque spinale (convulsions toniques et cloniques du tronc avec évacuation des réservoirs). Cette action isolée de chaque segment de la moelle, jointe à la perte subite et immédiate de la connaissance, démontre l'intervention directe de tout l'axe cérébro-spinal dans la production de l'attaque épileptique.

De ses expériences, Magnan tire encore des notions anatomopathologiques. L'examen des animaux sacrifiés lui permet d'étudier la dégénérescence graisseuse et la sclérose des divers organes touchés par l'intoxication ; il lui montre : « Dans les centres nerveux, dans le tube digestif, dans le foie et les reins, dans l'appareil respiratoire et circulatoire, des altérations anatomiques d'autant plus utiles à bien préciser, qu'elles représentent les premiers degrés des désordres plus profonds, auxquels succombe l'homme, aux périodes ultimes de l'intoxication. »

Pendant le siège de Paris et la Commune, les esprits avertis avaient été impressionnés par l'importance du rôle de l'alcool au cours de ces événements. A l'Académie de Médecine, la communication de Verneuil, « à propos de la gravité des lésions traumatiques et des opérations chirurgicales chez les buveurs », ouvre les débats sur cette question médico-sociale. Bergeron publie ensuite son « Avis sur les dangers qu'entraîne l'abus des boissons alcooliques ». Théophile Rousselte rédige son mémoire sur « La répression de l'ivrognerie », qui aboutit, en 1873, à la Loi du même nom ; enfin, l'Académie propose comme sujet du prix Civrieux pour 1872 : « Des diverses formes des délires alcooliques et de leur traitement. » C'est la monographie de Magnan qui est couronnée. Publiée en un volume de 282 pages par Delahaye ; elle est traduite en anglais, en russe et en portugais, et elle reste, après soixante ans, une œuvre classique. A bien des reprises, par la suite, Magnan est revenu, pour compléter et préciser ses conceptions sur les troubles mentaux observés dans l'alcoolisme.

Dans le délire alcoolique proprement dit, il distingue trois groupes, suivant que la convalescence est rapide et complète, qu'elle est lente et suivie de rechutes, ou bien enfin qu'elle se complique de délires secondaires.

Le *délirium tremens* se présente également sous trois formes : l'une symptomatique d'un traumatisme ou d'une affection intercurrente, l'autre spontanée, apyrétique, et bénigne, la troisième spontanée, fébrile et grave.

Magnan s'attache particulièrement à l'étude du *délirium tremens fébrile*. Il montre que c'est en dehors des troubles de l'intelligence et de l'agitation qu'il faut rechercher les symptômes capables de guider le diagnostic et le pronostic : toutes les fois que le thermomètre, après avoir oscillé pendant quelques jours, autour de 39°, s'élève davantage, le pronostic est grave. Un signe de grande valeur est également fourni par les désordres des mouvements et, ici encore, il faut distinguer « l'intensité même, l'activité de ces troubles moteurs, avec leur durée, leur persistance et leur degré de généralisation... Si le tremblement, d'ailleurs d'une intensité moyenne, s'est emparée de tous les muscles du corps, s'il s'accompagne de secousses, et surtout de frémissements et d'ondulations musculaires, si tous ces phénomènes persistent pendant le sommeil, on arrive dès le second et le troisième jour, à l'épuisement nerveux et à un état des plus graves ».

Dans une leçon, en 1873, Magnan fait une étude psychologique minutieuse des troubles de l'intelligence et des sens, dans l'alcoolisme. Certes, avant lui, bien des auteurs, et en particulier Marcé, Lasègue, Baillarger, pour ne citer que des prédécesseurs immédiats, ont décrit les délires et les hallucinations des buveurs ; mais il renouvelle le sujet par son exposé, et la finesse de ses observations ; il montre la graduation dans l'intensité des phénomènes et dans leur mode d'évolution et comment l'alcoolique passe « du simple trouble à l'illusion, de celle-ci à l'hallucination confuse, d'abord unique, puis multiple et devenant peu à peu hallucinations nettes, précises, distinctes, s'imposant en un mot comme la réalité ». A mesure que l'amélioration se produit, les phénomènes suivent une marche rétrograde, en passant par les mêmes étapes successives : hallucinations précises, hallucinations confuses, illusions, simples troubles fonctionnels.

Magnan s'est toujours préoccupé de distinguer en clinique, comme en physiologie pathologique, l'alcoolisme de l'absinthisme. Les grands symptômes sont les mêmes, mais à l'actif de l'absinthe, appartient la précocité remarquable de l'apparition du délire, ses réactions particulièrement violentes et dangereuses, l'inconscience dont il est habituellement suivi, la fréquence des vertiges et des attaques épileptiques. Il répète que « l'alcool est un poison encore plus redoutable, sous les travestissements perfides dont le recouvre l'industrie ».

Magnan constate que, chez un certain nombre d'alcooliques,

on voit, à la suite des accidents aigus, persister des conceptions délirantes, tantôt multiples et variables, tantôt circonscrites et affectant la forme d'un délire partiel. Ces délires secondaires sont pénibles : la jalousie, la persécution, l'hypocondrie constituent les thèmes habituels. Ils aboutissent très facilement à des réactions suicides et homicides ; les statistiques présentées sont édifiantes sur ce point.

Les délires alcooliques secondaires se montrent chez les buveurs à prédisposition spéciale, chez ceux dont l'infériorité cérébrale trouve sa cause dans l'hérédité. Sur ce terrain, l'alcool provoque l'explosion d'un délire toxique dont l'intensité est si peu en rapport avec les excès commis, qu'il faut bien faire appel, pour l'expliquer, à la notion de dégénérescence. D'autre part, chez les dégénérés, l'alcool met à découvert des troubles psychiques qui, sans l'appoint toxique, auraient pu rester latents. Toutes les formes mentales peuvent être, dans ces conditions, observées.

Mais, si l'alcool est « la pierre de touche » de l'équilibre mental, il est aussi, par lui-même, facteur de dégénérescence pour le buveur. Magnan isole « le groupe de ceux qui, grâce aux excès répétés, se créent eux-mêmes, pour ainsi dire, une prédisposition morbide ».

L'action dégénérative de l'alcool s'étend à la descendance des buveurs. Cette constatation, maintes fois révélée par les travaux de l'Admission, est devenue classique et a inspiré l'ouvrage de M. Legrain, sur « l'Hérédité ». Magnan estime que l'alcoolisme fournit aux quartiers d'hommes des asiles de la Seine les trois-quarts de leur population.

La plupart des dégénérés qui présentent des dégradations physiques, intellectuelles et morales, comptent des alcoolisés parmi leurs ascendants. « L'alcoolisme, non seulement transforme profondément l'individu, mais transmet à ses descendants des tare qui en font des malades et des criminels, dont le seul profit, pour la Société, est une lourde charge et un danger. »

C'est à Magnan que nous devons toutes ces notions qui nous apparaissent maintenant comme des truismes, au point que le silence se fait trop profond autour d'elles.

Nous devons encore à Magnan une description de la démence alcoolique, qui complète les travaux de Falret : soit d'une façon lentement progressive, soit après plusieurs accès aigus, on voit apparaître l'apathie, l'hébétéude, l'incurie, la diminution de toutes les facultés intellectuelles, morales et affectives. Seuls persistent les instincts. Des illusions, des hallucinations subsistent, mais elles sont comme émoussées et n'entraînent pas de réac-

tions bien vives. Parfois, à la suite, ou même sans nouveaux excès, éclatent des accès semi-maniaques, avec agitation automatique. C'est l'époque où les troubles ne traduisent plus seulement l'intoxication. « Une action plus profonde s'est produite, la nutrition est altérée dans tous les organes, tous les systèmes, tous les tissus ; la cellule elle-même vit d'une autre vie. » A la dernière période, l'intelligence est frappée de nullité. « Il survient parfois de la sensiblerie, analogue à celle des déments apoplectiques, il est fréquent d'ailleurs, de voir se produire à ce moment des étourdissements, des vertiges, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, des paralysies partielles, en rapport avec les désordres organiques révélés par l'autopsie, dans les centres nerveux. »

A cette description de la démence alcoolique, qui date de 1873, le temps n'a apporté aucune donnée clinique nouvelle...

Magnan s'est particulièrement intéressé à la dipsomanie. Dans ses leçons, il trouve là l'occasion d'exposer ses conceptions personnelles de psychopathologie générale.

La dipsomanie n'est pas, pour lui, une maladie distincte, une monomanie, comme l'avait enseigné Esquirol ; c'est un syndrome paroxystique affectant les dehors d'un court accès de mélancolie impulsive.

Si le besoin de boire est l'acte le plus saillant, il ne constitue pas à lui seul la maladie, il n'est qu'une manifestation épisodique d'un état mental plus profond que l'hérédité tient sous sa dépendance. La lucidité apparente entre les accès masque un état continu et l'examen soigneux du malade révèle, dans l'anamnèse, les tendances impulsives multiples, ébauchées ou réalisées. Si la dipsomanie est une affection paroxystique, elle est bien plutôt rémittente que franchement intermittente.

Magnan combat l'opinion professée à cette époque par Ball et Hack Tuck, qui voyaient, dans la dipsomanie, une conséquence de l'alcoolisme chronique.

C'est, au contraire, pour lui, un exemple de la coexistence chez le même individu de deux états morbides différents : « Le même sujet se comportant tantôt comme un ivrogne, joyeux, sociable, succombant à la faveur d'occasions, tantôt comme un dipsomane mélancolique, solitaire et irrésistiblement entraîné aux excès, quelles que soient les circonstances extérieures. » Cependant, le dipsomane n'offre pas une résistance particulière à l'alcool, bien que certains aient soutenu le contraire. Et, à la longue, il devient un intoxiqué chronique, exposé alors au *déli-rium tremens* et aux autres manifestations morbides, résultant de l'intempérance. La distinction établie par Magnan entre la

dipsomanie et l'alcoolisme chronique l'amène à des déductions médico-légales importantes : « Si l'on doit regarder l'ivresse comme une circonstance aggravante, par contre, au cours de l'accès, les dipsomanes doivent être considérés comme irresponsables. Bien plus, dans l'appréciation des actes commis pendant les intervalles lucides, il ne faut pas oublier que ces sujets présentent une disposition malade indéniable, et qu'ils offrent une organisation intellectuelle défectueuse. »

A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les relations de l'alcoolisme et de la paralysie générale étaient l'objet de nombreuses discussions. A cette époque, les médecins n'avaient pas à leur disposition les renseignements que nous fournissons actuellement la ponction lombaire et les réactions humorales. C'est sur la démographie, la statistique, l'observation clinique, que pouvaient s'appuyer les conceptions en présence.

Au Congrès de Lyon, en 1891, Magnan résume son opinion sur cette question. Il n'accepte pas la théorie, anciennement défendue de l'origine alcoolique de la paralysie générale. Il repousse également l'existence de la pseudo-paralysie générale alcoolique, « étiquette qui voile les difficultés du diagnostic ». Les faits observés se répartissent, d'après lui, dans trois groupes : dans le premier, se rangent les cas où l'alcoolisme masque plus ou moins longtemps la démence paralytique sous-jacente ; dans le second, se classent ceux où l'intoxication réalise le syndrome paralytique, tant dans ses manifestations psychiques que motrices, mais l'évolution vers la guérison, sous l'influence de l'abstinence, démontre la nature toxique des troubles constatés. Magnan signale la fréquence des rechutes chez ces malades ; il a compté dix, vingt entrées du même sujet dans les asiles, sans que l'évolution se fasse vers la démence ou vers la paralysie générale.

Dans le troisième groupe, il classe enfin les cas où l'alcoolisme chronique aboutit à la paralysie générale. Magnan résume ses idées sur cette question par cette formule : « Nous pouvons dire que les pseudo-paralysies générales alcooliques sont repoussées par la clinique et que l'alcoolisme conduit habituellement à la démence et parfois à la paralysie générale. »

Mais, n'a-t-il pas prévu les changements que pourrait subir sa doctrine, quand il écrit que la recherche, malheureusement encore trop négligée, des modifications chimiques survenues dans l'intimité même des tissus nerveux, pourra un jour intervenir dans la détermination des diverses formes mentales.

Alors qu'il est interne à Bicêtre, dans le Service de Lucas, Magnan est frappé de la fréquence des décès survenant chez les alcooliques délirants admis dans le Service. Il en voit la cause

dans l'emploi de la camisole de force et dans la fixation prolongée des malades sur le lit.

On a des raisons de penser que, dès cette époque, il s'élève avec force contre ces pratiques traditionnelles.

Dès son arrivée à Sainte-Anne, il utilise des moyens de contrainte moins pénibles, préconise le maillot qui porte son nom et proscrit l'immobilisation sur le lit.

Tandis qu'à Bicêtre, le chiffre de décès par l'alcoolisme aigu, dans les cinq premiers jours de l'entrée, s'élève à 8 p. 100, dans son service de l'admission il n'est que de 1,30 p. 100 « avec des malades cliniquement identiques et l'emploi de médicaments analogues, les moyens de coercition seuls étant différents ».

L'opinion de Magnan sur la camisole de force donna lieu à bien des discussions et des critiques. Il fallut trente ans d'efforts pour la faire accepter en principe. Il serait imprudent de certifier que ce moyen de contrainte a disparu des hôpitaux et même des asiles, mais tous les observateurs sont d'accord avec Magnan pour reconnaître que dans l'alcoolisme aigu, l'emploi de la camisole augmente les risques de mort dans une proportion considérable.

C'est encore à propos du traitement des alcooliques, que Magnan préconise tout d'abord la clinothérapie et la suppression de l'isolement cellulaire.

Au Congrès de Marseille, il déclare que le délire alcoolique est la forme mentale, à laquelle convient le mieux le traitement par le repos au lit. « L'alitement..., dit-il, devient dans l'alcoolisme aigu et subaigu, le plus puissant agent thérapeutique et permet, en général, de laisser de côté tous les hypnotiques de la matière médicale. »

La clinothérapie est devenue une méthode thérapeutique classique, non pas seulement dans le *délirium tremens*, mais dans toutes les psychopathies aiguës et dans les états paroxystiques des affections chroniques des centres nerveux. Devant l'évidence des résultats obtenus et des multiples avantages de la méthode, elle s'est généralisée et n'a pas soulevé les hésitations et les critiques de la suppression des moyens de contrainte mécanique et chimique. M. Sérieux a pu écrire que « la clinothérapie compte parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine ».

Dans son Service de l'Admission, Magnan voit chaque jour revenir des buveurs qu'il a précédemment observés ; quelques-uns comptent jusqu'à vingt internements successifs. Dès 1874, dans ses rapports annuels, dans ses leçons cliniques, plus tard

dans ses interventions à l'Académie de Médecine, il répète que : « L'asile d'aliénés actuel ne sert qu'à amender les accidents aigus et subaigus de l'alcoolisme sans modifier sensiblement les dispositions invétérées pour les boissons fortes. »

En 1895, il proclame qu'il est urgent de placer les alcooliques dans des conditions plus favorables à leur traitement et à leur guérison. Il faut les installer dans un établissement où, en dehors du régime abstinent, ils trouveront une organisation plus complète du travail, un milieu plus moralisateur, avec un genre de vie et des conseils qui les aideront à se maintenir dans la voie de la tempérance. Il demande à l'Académie de Médecine d'émettre le vœu qu'il soit créé « des asiles spéciaux d'alcooliques, seuls capables d'amender et de guérir les victimes de l'alcool ».

Mais, les alcooliques qui tombent, sans conteste, sous l'application de la loi sur les aliénés, ne représentent qu'une partie seulement des intoxiqués justiciables d'une assistance devenue nécessaire au point de vue individuel, familial et social. Magnan et Legrain réclament (1894) que des articles additionnels, à la loi de 1838, permettent la séquestration des buveurs d'habitude et leur maintien pendant le temps nécessaire à leur guérison. Il importe d'organiser des « maisons de relèvement des buveurs ».

Dans une série d'études et de rapports, Magnan et Sériveau exposent les conditions indispensables d'installation technique, de réglementation, de fonctionnement, de ces établissements spéciaux. La disposition architecturale des quartiers, l'organisation médicale, les méthodes thérapeutiques utilisables, la sélection des malades, les résultats à attendre, sont autant de questions mises au point d'une façon définitive.

Quarante ans ont passé depuis, et, pratiquement en France, rien n'a été réalisé de ce que demandait Magnan au nom de l'assistance des alcooliques ; nous manquons, avant tout, de ces dispositions législatives, qui existent pourtant chez quelques-uns de nos voisins. Elles permettraient d'intervenir à temps, d'une façon efficace, même avec les moyens actuels de notre organisation hospitalière. Jusqu'à présent, les préoccupations de défense sociale, pourtant à l'ordre du jour, ne se portent pas du côté du fléau alcoolique. Trop d'intérêts politiques et pécuniaires sont en jeu, et c'est la conspiration du silence.

A Magnan revient l'honneur d'avoir suscité et entretenu la lutte antialcoolique à la fin du siècle dernier, et dans les premières années du siècle présent. C'est à ces interventions que nous devons, pour une très grande part, la suppression de l'absinthe en 1914, seule mesure officielle efficace, qui ait été prise, en France, contre l'intoxication nationale.

Les recherches physiologiques de Magnan, ses observations cliniques, psychologiques, anatomiques et médico-légales, ont pour ainsi dire épuisé la question de l'alcoolisme et elles resteront une des parties les plus admirables de son œuvre.

#### BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX DE MAGNAN SUR L'ALCOOLISME

1. Accidents déterminés par la liqueur d'absinthe. *Union Médicale*, n° du 4 et 9 août 1864.
2. Epilepsie alcoolique ; action spéciale de l'absinthe. *Soc. de Biol.*, t. V, 1868, p. 156.
3. Etudes expérimentales sur l'alcoolisme, alcool et absinthe. *Gaz. des Hôp.*, juillet-août 1869.
4. Anévrismes miliaires de la rétine et du cerveau dans un cas d'alcoolisme chronique. *Soc. de Biol.*, t. I, 1869, p. 35.
5. Alcoolisme aigu ; épilepsie causée par l'absinthe. Alcoolisme chronique, accidents épileptiformes. *Acad. des Sciences*, 5 avril 1869.
6. Statistique des malades entrés en 1870 et 1871, au bureau de l'admission de Sainte-Anne. *Ann. Méd.-Psych.*, janv. et nov. 1871.
7. Alcoolisme aigu, épilepsie absinthique. *Acad. des Sc.*, 31 juillet 1871.
8. Analyse de l'essence d'absinthe, études cliniques et expérimentales. *Soc. de Biol.*, t. IV, p. 210.
9. Recherches de physiologie pathologique. Epilepsie, alcool et essence d'absinthe, *Recherches sur les centres nerveux*, t. I, p. 75-114.
10. Troubles de l'intelligence et des sens dans l'alcoolisme. *Recherches sur les centres nerveux*, t. I, p. 115-133.
11. De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique : *Recherches sur les centres nerveux*, t. I, p. 133-157.
12. De l'alcoolisme : des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. *In-8° de 282 pages, Delah. édit., Paris, 1872* (Prix Vivrieux, 1874).
13. Observation d'alcoolisme chronique, avec dégénérescence graisseuse, cirrrose commençante de la plupart des organes. *Soc. de Biol.*, 19 nov. 1876.
14. Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales. *Congrès international de sciences médicales*, Genève, 1877.
15. De l'action comparative de l'alcool et de l'absinthe. *Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme*, 1878.
16. Deux cas de pachyméningite à caractère exceptionnel ; *Recherches sur les Centres nerveux*, t. II, p. 99.
17. Leçons cliniques sur la dipsomanie ; *Leçons cliniques*, t. I, 1893.
18. De la toxicité des alcools supérieurs et des bouquets artificiels ; *Recherches sur les Centres nerveux*, t. II, p. 57-87.
19. Principaux signes cliniques de l'absinthisme ; *Recherches sur les Centres nerveux*, t. II, p. 23-38.
20. Alcoolisme et sa marche progressive. *Bull. Méd.*, nov. 1890.
21. Rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale ; *Congrès de Méd. ment.*, Lyon, août 1891.
22. Des Asiles d'Alcooliques. *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 23 juillet 1895.
23. Alitement dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme. *Congrès des Méd. Alién.*, Marseille, avril 1899.
24. Alcoolisme et dégénérescence ; statistique du Service central d'Admission des Aliénés de la Ville de Paris et du Département de la Seine. En collaboration avec M. Fillassier). *First International Eugenics Congress*. Knight, Londres, 1912.

## LES OBSESSIONS, LES IMPULSIONS ET LES PERVERSIONS SEXUELLES DANS L'ŒUVRE DE MAGNAN

PAR

CL. VURPAS

C'est un périlleux honneur d'avoir la mission de rendre hommage à l'œuvre de Magnan. Ses travaux ont eu un tel retentissement qu'en rappelant ses idées, universellement connues, on semble s'arrêter à une description familière dont rien ne serait ignoré.

Mais il est un autre péril, c'est le parallèle qui risque de s'établir avec la remarquable étude consacrée par M. Sérieux (1) à la vie et aux travaux de Magnan. Ce nous est un plaisir de rendre l'hommage qui lui est dû à ce travail si complet et si documenté, où le sens et la portée des recherches du Maître de Sainte-Anne sont vues avec tant d'ampleur et de compréhension.

Il peut paraître audacieux, n'ayant pas été l'élève direct de Magnan, d'avoir accepté l'honneur de retracer cette part de son œuvre qui eut sa prédilection. Mais n'est-ce pas être un peu son élève qu'avoir été celui de Briand avec qui il était lié d'une amitié sur laquelle aucune ombre ne passa jamais ? Qu'à cette occasion, il me soit permis de rappeler que Marcel Briand fut mon premier Maître en psychiatrie et, à ce titre, en lui adressant un souvenir ému, de saluer pieusement sa mémoire.

\*  
\*\*

Assurément, Magnan ne fut pas le premier à décrire les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles, mais il eut le mérite de les réunir en un faisceau homogène, de montrer sous leurs manifestations multiples la continuité du même trouble profond et les mêmes perturbations des fonctions psychiques.

(1) SÉRIEUX. — *V. Magnan, sa vie et son œuvre*. Masson et C<sup>ie</sup>, 1921, pp. 174.

Enfin, il s'efforça d'en concevoir une explication physiologique et même une raison anatomique.

Avant que Pinel (1) n'eût jeté les premières bases de la médecine mentale, les obsessions étaient connues depuis longtemps dans le domaine de la pratique courante, mais elles n'avaient pas de vie propre en tant que trouble mental classé et précis. Si les anciens Confesseurs signalaient ces bizarreries, ils ne les faisaient pas bénéficier d'une conception d'ensemble. Dans la description de Pinel, il n'est parlé que d'affections mentales où l'intelligence est lésée dans sa totalité : manie, mélancolie, démence et idiotie. Mais Esquirol (2) y ajoute les délires partiels ou monomanies et l'histoire des obsessions est intimement liée à celle des monomanies, principalement des monomanies instinctives. Cette adjonction fut un événement en psychiatrie, car ces « folies lucides » demeurèrent le problème de l'aliénation mentale et passionnaient au même titre médecins, philosophes et penseurs. Comment comprendre ce déraisonnement dans la raison ? L'explication qui, au début, eut le plus de faveur, fut que certaines facultés étaient lésées au milieu d'autres à peu près intactes. Esquirol demeura fidèle à cette conception et fut suivi par la plupart des aliénistes de cette époque, français ou étrangers. Dès 1838, il avait divisé les monomanies en trois espèces : intellectuelles, affectives, instinctives ou sans délire. Sa doctrine subit-elle dans une certaine mesure l'action des idées soutenues depuis plus d'un siècle par l'École dite Psychologique allemande que représentaient Stahl, contemporain de Newton et l'auteur célèbre de l'animisme (3), par Heinroth (4), par Langemann et Ideler (5) ? J.-P. Falret (6), l'élève direct d'Esquirol, l'affirme.

(1) PINEL. — *Traité médical philosophique sur l'Aliénation mentale*, 1809.

(2) ESQUIROL. — *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical-hygiénique et médico-légal*, 2 vol. pp. 676, 864, in-8°, Paris, Baillière, 1838.

(3) STAHL, Médecin allemand, né à Anspach en 1660, mort en 1734, fut l'auteur de l'animisme.

(3) STAHL, cité par Henry Bonnet. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1863, *Revue rétrospective sur la science mentale*, p. 348 et suivantes.

(3) STAHL, cité par Lasègue et Morel. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1844, t. III ; *Etudes historiques sur l'aliénation mentale*, p. 48 et suivantes.

(3) STAHL, cité par Trélat. — *Recherches historiques sur la folie*, p. 96 et suivantes.

(4) HEINROTH, cité par Lasègue et Morel. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1844, t. IV ; *Etudes historiques sur l'aliénation mentale*, p. 1 et suivantes et p. 157 et suivantes.

(5) LANGEMANN et IDELER, cités par Lasègue. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1845, t. IV ; *Etudes historiques sur l'aliénation mentale*, p. 29 et suivantes.

(6) J.-P. FALRET. — *Des maladies mentales et des Asiles d'aliénés*, Bail- lière, Paris, 1864, pp. 431 et 432.

« De là, écrit-il, la division de folies adoptée par Heinroth, en folies de l'intelligence, folies de la sensibilité et folies de la volonté ; de là aussi la division des monomanies intellectuelles, affectives et instinctives. C'est, en effet, sur l'isolement supposé de ces trois ordre de facultés que s'appuie principalement notre illustre Maître pour faire admettre les monomanies instinctives et, en particulier, la monomanie homicide ». Falret, quant lui (1), ne partageait pas cette opinion, du moins à la fin, car à une période antérieure, il pensait aussi que les diverses facultés étaient lésées chacune pour son propre compte. Mais, à ce moment, il soutenait qu'un délire limité tel qu'on l'observait dans les monomanies correspondait à un trouble général de l'intelligence. Deux courants d'opinion s'opposent donc : pour les uns, le désordre correspond à une lésion isolée de chacune des facultés ; pour les autres, il s'agit d'un trouble général de l'intelligence. Et cette opposition joua un rôle important dans l'œuvre de Magnan, car elle fut la cause déterminante de ses premiers travaux sur les impulsions.



Est-ce au cours de son internat à la Salpêtrière que Magnan avait retenu de l'enseignement de J.-P. Falret (2) qu'un délire limité correspondait à un trouble général de l'intelligence ? Le fait est probable, car bien que n'ayant pas été directement son interne, il avait fréquenté assidûment son service. En tous cas, il avait délibérément adopté cette façon de voir et il la défendait avec énergie. Et c'est précisément en voulant démontrer que l'intelligence était troublée dans sa totalité, même lorsque le désordre paraissait limité, comme on l'observe dans les monomanies, qu'il fut conduit à une analyse minutieuse des impulsions. Dans les recherches qu'il entreprit à ce sujet, il montra d'abord que l'impulsion revêt les signes de l'affection mentale qu'elle traduit : ainsi l'impulsion au suicide diffère totalement chez le mélancolique, l'alcoolique, l'épileptique ou le paralytique général ; de même pour l'exhibitionnisme. Il s'efforça ensuite d'établir qu'elle n'est qu'une manifestation limitée d'un délire systématisé et qu'elle constitue surtout une réaction délirante de caractère médico-légal. Comprises de la sorte, les impulsions ne sont qu'un cas particulier des monomanies, et l'impulsion consciente est un délire en raccourci, assimilable à une vésanie. Et lorsque

(1) FALRET. — *Op. cit.*

(2) FALRET. — *Op. cit.*

le monomane paraît ne délirer que sur un point, il est, en réalité, un véritable aliéné, et souvent même un aliéné chronique, car il a franchi la première étape de la folie et il en est arrivé à la systématisation, bien qu'il passe non pour un fou, mais pour un original. Il n'est donc pas question dans ce mémoire de l'individualisation que Magnan fera plus tard de ces troubles en les réunissant sous une même dénomination syndromique. Mais c'est sur l'impulsion que Magnan s'appuie pour démontrer qu'un délire partiel traduit un trouble intellectuel général ; c'est en l'analysant dans ses détails qu'il arrive à établir que les monomanies, au sens où l'entendait Esquirol, ne sont que des réactions partielles d'un désordre profond de l'intelligence tout entière. Leur mobilité, leurs transformations constantes prouvent bien que le fond mental est touché en général, et que les idées délirantes n'en sont que les manifestations passagères. S'il y avait réellement délire partiel, il ne varierait pas dans son expression et demeurerait immuable. Nous ne verrions pas s'intervertir et se succéder « le collectionnisme, la bellonophobie, la crainte d'avoir volé ». Cette mutation des troubles les uns dans les autres démontre surabondamment, à ses yeux, qu'ils ne sont que des manifestations passagères et presque accidentelles d'une altération intellectuelle plus profonde et plus cachée qui les conditionne.

C'est dans un mémoire paru en mars 1881 que Magnan exposa ses premières « Etudes cliniques sur les impulsions et les actes des aliénés (1) ». Cette production marquait une orientation nouvelle de son activité. Le début de ses travaux remonte, en effet, à 1864, lorsqu'il commença son internat à Bicêtre ; ils portent surtout sur l'expérimentation et l'anatomie pathologique et sont manifestement la continuation de l'œuvre de Marcé (2), et de celle de Baillarger (3). L'avenir de la psychiatrie était pour eux dans la voie anatomo-clinique où les troubles se superposent aux lésions. L'examen minutieux des uns trouvait dans les modifications morphologiques des autres une explication objective et dénuée de toute hypothèse ou théorie. Cette vue essentiellement mécaniste fit sur Magnan une impression profonde et jamais il ne se départit de cette méthode. Pendant quinze ans, il suivit

(1) MAGNAN. — Etudes cliniques sur les impulsions et les actes des aliénés, *Tribune médicale*, mars 1881, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, pp. 353-373 (Leçon faite à l'Asile Sainte-Anne, *Revue scientifique*, 26 février 1881).

(2) MARCÉ. — *Traité pratique des maladies mentales*, 1862.

(3) BAILLAGER. — *Recherches sur les maladies mentales*, 2 vol., pp. 734 et 739. Paris, Masson, 1890.

scrupuleusement cette règle dans toutes ses recherches. Et ce ne fut que lorsqu'il entreprit ses études sur les impulsions qu'il parut s'en écarter pour s'engager dans une voie plus psychologique. En réalité, ce n'était qu'une apparence, car plus tard il devait appliquer aux impulsions, aux perversions sexuelles et aux obsessions, les conceptions essentiellement anatomiques de ses débuts. Mais à ce moment, il paraissait prendre une direction nouvelle et modifier le sens de ses travaux. Falret (1) ne fut peut-être pas sans influence sur ce changement d'orientation scientifique qui s'opéra chez lui.

Une autre notion sera prépondérante : la prédisposition héréditaire.

Une donnée positive se suffit habituellement et éloigne les facteurs plus mystérieux dont les rapports de causalité sont moins évidents. Ainsi, une lésion anatomique conditionnant un symptôme a une signification plus nette que l'élément prédisposition. De même, une intoxication (essence d'absinthe par exemple), permettant de modifier expérimentalement les désordres et par là d'en apprécier les variations, a une portée plus précise que le facteur hérédité. C'est lui cependant qui fixa l'attention de Magnan.

Serrant le problème de près, il tenta de montrer la même tare chez l'ascendant et chez le rejeton et, dans certaines observations, il distingua chez le même malade l'élément pathologique dépendant du père de celui revenant à la mère. Ce caractère positif de l'hérédité ressort surtout de l'hérédité similaire particulièrement fréquente, qui lui permettait de suivre la tare logiquement, de la première génération aux autres.

Ces recherches sur l'hérédité trouvèrent-elles un aliment dans les travaux de Morel (2), élève lui-même de Falret qui, dans sa classification des dégénérés, avait fait une place aux obsédés et aux impulsifs, mais qui surtout avait accompli une véritable révolution en médecine mentale et même en médecine générale, en esquissant dans son remarquable traité des dégénérescences les doctrines de l'évolution (3), de l'adaptation au milieu, de la lutte pour la vie et en insistant sur le rôle des intoxications, parmi lesquelles l'alcool, la pélagre, etc... Subissait-il, à vingt ans d'in-

(1) FALRET. — *Op. cit.*

(2) MOREL. — *Traité des dégénérescences physique, intellectuelle et morale de l'espèce humaine*. Paris, Baillière, 1857, 1 vol. et 1 atlas avec 12 planches.

(3) La publication du traité de Morel sur les dégénérescences date de 1857, le livre de Darwin sur l'origine des Espèces par voie de sélection naturelle ne parut qu'en 1859.

tervalle, l'influence de son ancien maître Prosper Lucas (1), dont l'œuvre restait un monument et dont la profonde érudition l'avait sûrement impressionné, même à son insu, pendant le temps où il avait été son interne. Mais la vérité est peut-être plus simple et il faut plutôt la chercher dans l'indépendance d'esprit de Magnan et dans son intuition personnelle.

— Ce n'est pas amoindrir Magnan que de montrer dans ses travaux la trace de ses devanciers et de ses maîtres. Si originale que paraisse une conception ou une découverte, une proposition antérieure la contient presque toujours en germe et aucune connaissance n'apparaît spontanément. Mais elle est la conséquence logique d'autres données, qui démontre l'apport créateur dont le rôle est surtout d'enrichir et de parfaire. Pour reprendre un mot de Littré (2) : « La Science d'aujourd'hui est fille de la Science d'hier », elle s'augmente de l'effort de chaque génération et les découvertes de demain découleront de celles d'aujourd'hui.

\*  
\*\*

Dans un mémoire paru en 1882 en collaboration avec Charcot (3), sur l'« Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles », il précise ses idées et agrandit le cadre des impulsions en décrivant des perversions sexuelles qui constituent des cas nouveaux. Il en relate les observations minutieusement suivies et étudiées avec précision dans leurs détails. Revenant sur l'exhibitionnisme, il affirme encore qu'il ne s'agit pas d'une forme mentale spéciale ; car dans les faits qu'il rapporte, il montre que les désordres observés relèvent non d'une monomanie instinctive, c'est-à-dire d'un trouble intellectuel partiel, mais d'un état de dégénérescence. La preuve lui en est fournie par l'examen du passé des malades : hérédité lourde et manifestations psychopathiques dès l'enfance. En somme, à côté de troubles apparents, il faut avant tout tenir compte d'un état morbide plus profond et plus étendu qui aiguille les impulsions dans leur sens anormal. Ce fond morbide prime la forme dans les obsessions ou les impulsions... Des observations variées, dont les particularités présentent un gros intérêt clinique, surtout si l'on se reporte à

(1) PROSPER LUCAS. — *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux*. Paris, Baillière, 1847, 2 vol., pp. 626-936.

(2) LITTRÉ. — *Union Médicale*, série II, t. XXII, Paris, 1864, p. 93 et suiv.

(3) MAGNAN. — Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles (en collaboration avec Charcot). *Archives de Neurologie*, n° 7 et 12, 1882 ; in *Recherches sur les Centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 174 et 202.

l'époque où elles parurent, illustrent ces notions. Un cas d'inversion sexuelle y est décrit et constitue la première publication en France sur ce sujet. On y voit mentionnées également des observations de fétichismes comme ceux des bottines de femmes, des bonnets de nuit et des tabliers blancs. Mais quelle que soit la valeur de ces documents, elle est minime au regard du véritable intérêt de ce travail : l'analyse d'un fonds morbide toujours identique qui, chez tous, conditionne l'éclosion de désordres, semblables dans leur genèse, multiples dans leur expression.

Magnan (1) développe la même doctrine dans son mémoire sur la dipsomanie, paru en 1884. Là encore, comme pour les autres impulsions, il montre qu'il ne s'agit pas d'une monomanie particulière, véritable manie distincte, mais bien d'une manifestation épisodique de la folie héréditaire, où le facteur prédisposition joue un rôle prépondérant. Les actes des dipsomanes démontrent que ces malades se comportent comme le feraient des individus mal équilibrés avec leurs anomalies constantes du caractère, qui les distinguent déjà dans leur jeunesse des autres enfants. Ce substratum psychique prime donc chez ces sujets la manifestation dipsomaniaque, qui n'en est qu'une expression variable.

La sitiomanie (2), dont les accès présentent les mêmes caractères fondamentaux que la dipsomanie, en est la réplique. Elle en diffère seulement en ce que l'impulsion se traduit par un désir insatiable de manger. Tous les aliments sont bons au malade et s'il se reproche sa glotonnerie, il ne s'en corrige pas. Cet appétit maladif le pousse au suicide, mais au fond, le même trouble mental qui est la déséquilibration, ne fait jamais défaut.

La folie des antivivisectionnistes (3) dépasse la simple impulsion. Car l'obsession s'y combine à la paranoïa, qui est l'expression la plus haute du délire systématisé. Se lamentant sur les souffrances des animaux, le malade présente un véritable état d'angoisse lorsqu'il est témoin d'un accident ou d'un acte de brutalité sur un animal. Ici, l'amour exagéré des animaux devient, pour les héréditaires qui sont atteints de cette affection, une véri-

(1) MAGNAN. — Leçons cliniques sur la dipsomanie, recueillies par M. Briand. *Progrès Médical*, Paris, 1884 ; in *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2<sup>e</sup> édit., p. 89-164.

(2) MAGNAN. — Observation de sitiomanie (limomanie) ; impulsion irrésistible à manger. *Archives de Neurologie*, vol. X, n<sup>o</sup> 28, juillet 1885, p. 115 et *Annales Médico-Psychologiques*, 7<sup>e</sup> série, t. II, 1883, p. 241.

(3) MAGNAN. — De la folie des antivivisectionnistes. Communication à la Société de Biologie, 27 février 1884 ; in *Recherches sur les Centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 269-277.

table obsession au point de ne laisser de place à aucune autre préoccupation. Cette manifestation morbide n'est pas une espèce pathologique nouvelle, mais simplement un syndrome épisodique, l'une des manifestations variées par lesquelles se traduit la folie héréditaire. Bien que pathologique, cet élément idéatif est d'un ordre plus élevé et d'une tenue intellectuelle plus haute que le contenu habituel d'une simple impulsion. Il prépare déjà le mémoire suivant, qui touche à l'efflorescence même de la vie mentale. L'onomatomanie publiée en collaboration avec Charcot (1) est en effet l'apanage de la classe supérieure des dégénérés ; car ces malades ne dépassent jamais la simple déséquilibration, leur trouble n'étant qu'une manifestation épisodique de la folie héréditaire. Cette nouvelle modalité pathologique est l'obsession ou l'impulsion d'un mot insignifiant.

Ce travail, étayé par plus de trente observations, est imposant, tant par sa richesse de détails que par sa variété clinique. Mais la conclusion reste toujours la même : lourde hérédité et multiples manifestations dès l'enfance.

\*  
\*\*

En résumé, Magnan voit dans l'impulsion une atteinte globale de l'intelligence, bien que cette atteinte ne paraisse que partielle. Il lui assimile l'exhibitionnisme, qui devient ainsi un cas particulier de l'impulsion ; les autres perversions sexuelles ne sont elles-mêmes que des variétés d'impulsions accompagnées d'anomalies sexuelles. L'onomatomanie, qui est une des formes les plus pures de l'obsession, révèle à son tour un même mécanisme. Et en conséquence, une même cause déterminante en conditionne le développement. La fusion des impulsions et des obsessions est donc acquise, car la nature du trouble est la même et elles ne diffèrent que dans la mesure où l'idée diffère de l'acte. Les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles sont donc des troubles analogues et elles relèvent du même mécanisme.

Magnan leur assigna une place en nosologie et détermina leur cause étiologique, mais une description clinique restait à faire et un cadre symptomatique à élaborer. L'ensemble devait être isolé et avoir ses signes propres et sa place à part. Il fallait que ses éléments fussent distraits des affections auxquelles ils se

(1) MAGNAN. — De l'onomatomanie. *Archives de Neurologie*, n<sup>o</sup> 29 et suivants (en collaboration avec Charcot), in *Recherches sur les Centres nerveux*, 2<sup>e</sup> série, p. 278-333.

trouvaient mêlés, qu'ils fussent séparés des monomanies particulières et des formes vésaniques ou des systèmes délirants. Une analyse détaillée et une description précise de ces troubles font l'objet d'un ouvrage paru en 1895 avec la collaboration de Legrain (1). Nous ne saurions citer M. Legrain sans saluer son nom au passage et lui apporter notre tribut de reconnaissance. Ce livre, « Les Dégénérés », est une large synthèse de la question. L'obsession et l'impulsion y sont rapprochées et même étroitement liées, au point qu'elles semblent la réplique l'une de l'autre. Toutes deux ont, en effet, à leur base, une idée fixe incoercible qui s'impose à l'esprit. Les efforts tentés pour chasser ces idées parasites qui rompent le cours normal de la pensée y sont minutieusement décrits. On y voit l'angoisse toujours croissante et la lutte d'autant plus tenace que le sujet est plus défaillant. Le sentiment de détente consécutif à la réalisation de l'acte ou à l'achèvement de l'idée y est analysé avec précision. Une symptomatologie nette et des signes positifs sont tracés pour ces deux troubles : obsession et impulsion dont les manifestations extérieures ne seraient que des expressions passagères et variables.

\*

\*\*

Tous ces désordres relèvent en définitive d'une même cause : un état psychologique particulier dû à l'intensité et à la fixité des images mentales, ainsi qu'à l'exagération de l'émotivité. Magnan distingue ainsi comme éléments primordiaux de l'obsession : l'élément conscient, persistance de la lucidité, l'élément intellectuel, ténacité et tyrannie de l'idée qui s'impose et provoque une lutte intérieure; l'élément émotif, angoisse toujours croissante jusqu'à défaillance de la volonté. Chacun de ces éléments avait eu ses partisans, pour voir en lui l'origine et la cause des obsessions. Les uns n'en faisaient-ils pas des folies lucides dont la base était la conservation de la conscience ? D'autres les considéraient au contraire comme des paranoïas rudimentaires, mettant ainsi l'élément intellectuel au premier rang parmi leurs causes de production ; d'autres enfin voyaient avant tout dans le délire émotif la condition des troubles obsessionnels et Morel (2) allait même jusqu'à en faire une névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral.

(1) MAGNAN et LEGRAIN. — « Les Dégénérés » ; état mental et syndromes épisodiques. Bibl. Charcot-Deborde, 1 vol. in-12, pp. 235, Paris, Rueff, 1895.

(2) MOREL. — Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Archives Générales de Médecine*, 1866.

Magnan eut le mérite de tenir la balance égale entre ces façons de voir. Tout en constatant l'existence de ces différents troubles psychologiques, il ne les mit pas sous la dépendance les uns des autres et au lieu de les placer dans une subordination respectueuse, comme si l'un d'eux jouissait d'une importance primordiale et prenait le pas sur ses partenaires, il leur chercha une cause commune. Cette cause plus haute était à ses yeux le manque de synergie des fonctions intellectuelles ou leur déséquilibre. Chez de tels sujets, les diverses fonctions psychiques ne conservaient plus en effet leur tonus habituel et ne réagissaient qu'imparfaitement les unes sur les autres. Une désharmonie de l'ensemble était la conséquence de ce dérèglement psychique comportant une mobilité d'allure et une variabilité d'aspect dont l'aboutissant était une instabilité intellectuelle générale. Leur place était donc toute désignée dans ce cadre de la dégénérescence créé par Morel (1) dans une conception géniale. Rattachées ainsi à la dégénérescence, les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles n'étaient en somme que les manifestations épisodiques de ce désordre. Elles en constituaient les stigmates psychiques qui s'opposaient aux stigmates physiques, et leur caractéristique était d'être mobiles, variables, facilement interverties et substituées les unes aux autres. Mais la fatalité voulut que Morel (2) et Magnan aient différé d'opinion sur le sens qu'ils attribuaient à la dégénérescence dont ils étaient les premiers artisans. Pour Morel (3), la dégénérescence était une branche de l'histoire naturelle, dont l'apport venait enrichir le domaine. Car il ne la limitait pas à un cadre strictement médical et il débordait largement dans le champ de la biologie générale.

Magnan, au contraire, voyait la dégénérescence au travers de ses recherches antérieures sur l'expérimentation et l'anatomie pathologique et au travers des idées de l'heure : les localisations cérébrales qui jouissaient de la faveur du Monde de la Neurologie et de la Science et les infections dont le rôle commençait à être dévoilé. Par elles-mêmes, ces connaissances plaisaient à Magnan, tant par leur caractère mécaniste que par leur précision et leur objectivité. Pour lui, la dégénérescence consistait en une désharmonie ou un déséquilibre des diverses fonctions psychiques et la cause en était une lésion anatomique, qui provoquait une irritation et un défaut d'action des centres les uns sur les autres. Les centres nerveux étant reliés entre eux par des

(1) MOREL. — *Op. cit.*

(2) MOREL. — *Op. cit.*

(3) MOREL. — *Op. cit.*

fibres de connexion, il résultait qu'une lésion de ces fibres modifiait, de même qu'une lésion des centres, le fonctionnement des zones sous-jacentes. Et comme il pensait que ces lésions étaient imputables à des processus inflammatoires, la dégénérescence mentale se réduisait, en dernière analyse, à une inflammation de l'axe cérébro-spinal datant, soit de la période fœtale, soit des premières années de la vie. Ce déséquilibre des fonctions psychiques, cette désharmonie dans l'action mutuelle des centres nerveux, il les voit dans toutes les classes qui constituent le groupe des dégénérés, depuis les plus dégradés dans l'échelle intellectuelle jusqu'aux plus élevés, et l'explication des troubles observés reste la même pour tous.

\*

\*\*

Quoi que l'on dise, l'interprétation et l'hypothèse sont inséparables, non seulement de toute doctrine, mais de tout travail scientifique. Magnan connut cette loi et l'interprétation comme l'hypothèse eurent leur part dans son œuvre.

Il raisonnait par analogie lorsqu'il mettait les troubles de la dégénérescence sous la dépendance des lésions des centres nerveux et de leurs fibres de connexion ; il raisonnait encore par analogie lorsqu'il supposait que les lésions chez les dégénérés supérieurs étaient les mêmes que celles observées chez les dégénérés inférieurs. Il subit l'action de son époque et des idées alors en faveur. Lorsqu'il faisait dépendre la dégénérescence de lésions inflammatoires de l'axe cérébro-spinal, il suivait le développement logique du testament scientifique de son premier maître Marcé qui, à l'aurore de sa carrière psychiatrique, avait fait sur lui une impression si profonde et qu'une mort prématurée et tragique avait encore grandi à ses yeux. Baillarger n'y ajoutait-il pas aussi le poids de toute son autorité ?

Tout appoint théorique ne lui fut donc pas toujours étranger. Mais pour Magnan, et en ce sens il voyait comme Charcot, la théorie n'avait rien de limitatif, ni de figé. Ce terme n'avait pas à ses yeux le sens immuable et profond que le philosophe attache au « concept » ou le savant « au type et à la loi ». Pour lui, ce n'était qu'un procédé transitoire et commode de grouper temporairement les faits à un moment de la Science, quitte à l'abandonner dès que quelque connaissance nouvelle en aurait modifié la valeur et la portée. Ce qu'il voulait, c'était englober les obsessions, les impulsions et les perversions sexuelles dans une même formule, facile et simple, en harmonie avec les idées médicales de l'époque, où tous les faits relèveraient d'une même cause et s'explique-

raient les uns par les autres. Il l'envisageait et l'analysait sous ses quatre angles : anatomique, physiologique, psychologique et clinique. Anatomiquement, les troubles étaient dus à une inflammation des centres nerveux et de leurs fibres d'association, d'où irritation et inhibition de ces centres, et consécutivement de leurs fonctions. Physiologiquement, le dérèglement du fonctionnement, par excitation ou phénomène d'arrêt, amenait une perturbation profonde dans l'action réciproque des centres, d'où déséquilibre général. Ce déséquilibre était peut-être le caractère le plus profond de la dégénérescence, car il en atteignait toutes les classes et tous les domaines. Psychologiquement, ce déséquilibre général, en raison de l'excitation de certains centres et de l'arrêt du pouvoir inhibiteur de certains autres, déterminait une fixité et une intensité particulière des images mentales dont la conséquence était, soit une obsession (arrêt psychique), soit une impulsion (passage brusque à l'acte), soit une perversion sexuelle (réunion d'une obsession et d'une impulsion avec anomalie sexuelle). Enfin, cliniquement, le trouble était marqué par la persistance d'une idée dont le caractère incoercible et étranger en faisait une pensée parasite, par l'angoisse toujours croissante jusqu'à sa réalisation, enfin par la détente consécutive à l'acte.

S'il est vrai que l'Unité est le but final de la Science, ce motif fait justice à Magnan de ce que ses travaux peuvent contenir d'hypothèse ou de théorie. Par contre, descriptions exactes, observations fidèles, analyses scrupuleuses, sont le support de sa doctrine qui forme un bloc et un tout homogène. Son œuvre, faite de précision et de clarté, porte l'empreinte de ce génie qui lui fut propre et qui reflète celui du Pays tout entier : la profondeur unie à la simplicité.

## L'ŒUVRE MÉDICO-LÉGALE DE MAGNAN

PAR

V. TRUELLE

Pas plus qu'il n'a publié de *Traité de Pathologie mentale*, Magnan n'a écrit d'ouvrage théorique d'ensemble de Médecine légale. Et pourtant, en cette matière comme dans les autres, son œuvre est des plus riches et des plus instructives.

A ceci, il apparaît que l'on peut trouver une explication. Esprit essentiellement positif, ennemi des vues *a priori*, s'efforçant toujours de n'appuyer la synthèse et la théorie que sur l'analyse et la critique des faits observés, le Maître de l'Admission est resté en Médecine légale comme en Médecine mentale en général, dans la pure tradition française : celle qu'illustraient déjà les Bail-larger, les Morel, les Falret, etc..., qu'un peu plus tard devait à son tour non moins illustrer M. Séglas. Je veux dire la méthode qui, selon l'expression même de Magnan, consiste à « interroger les faits » pour n'en tirer qu'ensuite, soit les conclusions pratiques, soit les déductions synthétiques et théoriques qui, dans l'état des connaissances médicales d'alors, apparaissaient en découler logiquement.

Méthode avant tout d'observation, d'analyse et de critique. Mais observation remarquablement *sagace* chez Magnan, remarquablement étendue aussi puisqu'elle ne porte pas seulement sur le moment morbide, mais sur la vie entière du sujet et sur ses ascendances, puisqu'elle s'efforce de connaître, non seulement le psychisme du malade, mais encore toute sa constitution organique et fonctionnelle, puisqu'elle étaye et contrôle les données cliniques par celles que peut fournir l'anatomie et la physiologie pathologiques comme aussi l'expérimentation.

Analyse et critique à la fois minutieuses et savantes qui, tout en ne laissant rien échapper, prennent soin de différencier l'essentiel de l'accessoire, de subordonner entre eux les symptômes

constatés, et de s'éclairer à la lumière des vérités comme des erreurs que les autres ont pu découvrir ou commettre.

D'autres des qualités magistrales de Magnan se retrouvent dans ses considérations et ses rapports médico-légaux — où tout spécialement elles sont des plus précieuses parce que, là, nécessaires et essentielles — c'est la clarté, l'aisance, la simplicité apparente de ses expositions et l'impeccable logique de ses déductions et conclusions.

Signalons encore une caractéristique de l'œuvre de Magnan, c'est le souci constant de tirer des faits et des séries de faits toutes les déductions pratiques que ceux-ci comportent. D'où la préoccupation toujours présente d'adjoindre à l'élaboration d'une Pathologie mentale basée sur l'observation et la critique, les conclusions thérapeutiques, hygiéniques, sociales auxquelles conduisent cette observation et cette critique.

Et c'est pourquoi nous voyons Magnan formuler à chaque instant des considérations médico-légales qui complètent, précisent, et, pourrait-on dire, justifient pratiquement l'exposé clinique qui précède.

Dans cette partie de l'œuvre de Magnan, on retrouve naturellement toutes les qualités de science éclairée, d'observation approfondie, de critique subtile, de pondération et de bon sens qui imprègnent ses autres travaux. Qualités d'autant plus précieuses ici qu'elles sont pour nous un permanent modèle de toute application de la Psychiatrie à la Médecine légale. Reproduire intégralement même la seule œuvre médico-légale de Magnan, à l'exclusion des travaux de ses élèves, lesquels cependant ne sont le plus souvent que la paraphrase ou le développement de ses idées, dépasserait les limites qui nous sont ici imparties. Ce serait aussi devant vous, qui n'ignorez rien de cette œuvre, faire un travail oiseux. Je me bornerai donc à un certain nombre de points plus particulièrement typiques ou auxquels il apparaît que notre Maître s'est plus spécialement attaché.

Ce seront ceux qui concernent :

- « les Paralytiques généraux,
- « les Alcooliques,
- « les Epileptiques,
- « les Héritaires dégénérés dans leurs syndromes épisodiques,
- « les Persécutés-persécuteurs,

à quoi il conviendra d'ajouter quelques remarques sur la simulation de la folie, et sur les aliénés méconnus devant les tribunaux.

## A. — LA PARALYSIE GÉNÉRALE

On peut ici être très bref. Mais ce qu'il convient d'abord de faire remarquer, c'est qu'au temps où Magnan travaillait et enseignait le domaine de l'Encéphalite chronique interstitielle diffuse, ainsi qu'il dénomma la maladie de Bayle, était encore mal défini. Plus que tout autre, il a contribué à en préciser la physionomie clinique et à en hiérarchiser les symptômes, établissant que le signe psychique cardinal en était l'affaiblissement intellectuel global, et que de ce signe étaient marquées et imprégnées toutes les autres manifestations de l'activité mentale, et spécialement toutes les réactions dont l'appréciation pouvait être soumise au médecin-légiste.

« La démence si particulière, écrivait-il dès 1868, dans une phrase qui résume presque toute la médecine légale de la paralysie générale, la démence que présente le paralytique général l'expose à des actes indéliçats et à des délits de toute nature qu'il commet avec une souveraine imprévoyance. »

La difficulté, beaucoup plus grande qu'aujourd'hui en l'absence des données biologiques dont nous disposons, était de pouvoir rattacher à sa véritable cause morbide le déficit mental constaté, souvent fruste ou d'appréciation délicate. Et c'est ici tout spécialement que ses qualités d'observateur pénétrant et de clinicien remarquablement entraîné ont pu servir Magnan, et lui permettre soit de libérer de la sanction des tribunaux tel ou tel délinquant regardé *a priori* comme un cynique malfaiteur, soit d'infirmer la valeur légale de tel ou tel acte civil accompli spontanément ou à l'instigation d'habiles entremetteurs. Pour Magnan, et cela ne pouvait être que la vérité médico-légale à une époque où tout paralytique général, sauf quelques très rares exceptions, était fatalement et rapidement voué à une déchéance progressive et à une démence, non seulement globale, mais encore totale, pour Magnan, tout paralytique général devait être considéré comme pénalement irresponsable et civilement incapable, quel que soit, au moment de l'acte en cause, le degré de sa maladie.

## B. — L'ALCOOLISME

Les travaux de Magnan sur l'alcoolisme, travaux d'observations et de descriptions cliniques, d'expérimentation, d'anatomie pathologique, sont trop présents à l'esprit de chacun pour qu'il soit besoin d'y insister. Du point de vue qui doit nous occuper ici, notons seulement l'insistance mise par Magnan à signaler

la nocivité sociale, non seulement de l'alcoolique délirant, mais aussi du simple éthylique chronique abruti dans ses facultés morales et dans son pouvoir de contrôle personnel, celle surtout de l'absinthique violent, impulsif, voire épileptique. Notons aussi, chose bien connue maintenant de tous les médecins-légistes, le rôle favorisant, incitateur pourrait-on dire, d'un appoint alcoolique dans le déclenchement des actes délictueux les plus divers, et notamment de ceux qui dérivent de la sexualité, rôle sur lequel Magnan s'est étendu dans nombre de ses leçons et de ses publications, montrant par surcroît que cet appoint alcoolique pouvait être d'autant plus faible et ce rôle incitateur d'autant plus puissant que le sujet mis en cause était plus gravement prédisposé, plus « dégénéré ».

A ces considérations, on pourrait ajouter tout ce que Magnan a dit et écrit sur le rôle de l'alcoolisme comme facteur de dégénérescence perverse et de délinquance ou de criminalité chez les descendants ; mais ce serait proprement sortir du cadre qui nous est ici tracé.

On ne peut toutefois passer sous silence les travaux du Maître sur la Dipsomanie, car ils ont une particulière importance au point de vue qui nous occupe. En différenciant le dipsomane, véritable malade, du vulgaire ivrogne ou du buveur d'habitude, Magnan a fait œuvre médico-légale parfaitement justifiée. Il est évident, ainsi qu'il l'indique, que l'on ne saurait tirer les mêmes conclusions au point de vue de la responsabilité pénale de la délinquance occasionnée par l'ivresse d'un dipsomane ou d'un ivrogne vulgaire. La difficulté est de différencier l'un de l'autre. Magnan, par de multiples exemples, tous admirablement choisis, a su marquer cette différence. Nous n'y insisterons pas ici, chacun la connaît. Au surplus, les éléments de la discrimination se retrouveront implicitement plus loin lorsqu'il sera question des « syndromes épisodiques » dont la dipsomanie, malgré quelques traits particuliers, n'est qu'une des parties constituantes.

## C. — L'ÉPILEPSIE

« L'épilepsie, par les troubles intellectuels qui l'accompagnent, écrivait Magnan, est une des maladies mentales qui soulève les problèmes les plus ardues de la médecine légale. »

Et ceci reste toujours vrai. Les difficultés que rencontre à propos de cette maladie l'expertise psychiatrique proviennent d'une part de la pluralité des causes qui peuvent la faire naître ; de la diversité des formes qu'elle peut revêtir, de l'irrégularité de son

allure, des variétés de délits ou de crimes qu'elle peut susciter ; d'autre part, de la critique qu'il importe de faire lorsque, comme il arrive si souvent, elle est invoquée faussement ; de la discrimination enfin qui s'impose entre les circonstances opposées où peut se trouver l'épileptique délinquant ou criminel, opposition de circonstances d'où découleront des conclusions médico-légales également opposées. Toutes ces difficultés, Magnan s'est efforcé de les lever, ou du moins de les atténuer, en faisant de l'épilepsie une étude à laquelle du point de vue clinique et par suite du point de vue médico-légal, rien d'essentiel — on pourrait presque dire rien d'utile — n'a pu être ajouté par la suite. Permettez-moi, quelque connues que soient pour vous ces notions, de rappeler ce qu'il écrivait dès le début de ses leçons cliniques sur l'épilepsie.

« Si, dit-il, l'épilepsie est bruyante et tapageuse, attire forcément les regards dans ses manifestations les plus étendues, d'autres fois, au contraire, elle est silencieuse, sournoise dans ses allures; tantôt retirée, solitaire, elle ne se produit que la nuit et peut rester méconnue ; tantôt elle se montre au grand jour, mais si atténuée, sous des dehors tellement bénins, tellement inoffensifs, qu'elle est à peine remarquée par les gens qui entourent le patient ; quant à lui, il ignore absolument qu'il est atteint de la plus affreuse maladie. Tel est le cas où les paroxysmes de la grande névrose se traduisent par des vertiges sans spasmes musculaires, par des absences dans lesquelles une éclipse momentanée du moi laisse à l'automatisme toute son action aveugle. Cet automatisme, qui n'est autre que l'accomplissement d'actes sans intervention de la conscience, se trouve néanmoins sollicité, soit par la continuation ou la répétition d'une action familière au malade, dont l'exécution est devenue machinale, soit par le réveil de sensations passées, d'images mnémoniques recueillies par les centres perceptifs encéphaliques. »

Ne trouve-t-on pas dans ce court et brillant raccourci tous les mécanismes de la délinquance et de la criminalité possibles des épileptiques ? Et dans cet autre la caractéristique essentielle qui différencie les actes morbides de ces malades. « Les impulsions liées à l'épilepsie ont un caractère de fatale irrésistibilité qui dépasse de beaucoup... les tendances impulsives de tous les autres délirants. Elles ont, de plus, quelque chose de terrible et d'étrange : c'est l'inconscience absolue du malade, dans la plupart des cas. » Inconscience dont le corollaire est l'amnésie.

Nous ne suivrons pas le Maître dans les détails de ses exposés ni dans la multiplicité des exemples si typiques et parfois si dra-

matiques ou pittoresques qu'il produit. Nous nous limiterons, en le résumant encore avec une brièveté peut-être trop grande, à ce qui concerne exclusivement la médecine légale de l'épilepsie.

Rien à ce point de vue n'a été laissé dans l'ignorance et dans l'oubli par Magnan. Non seulement, en les illustrant des faits les plus démonstratifs généralement observés directement par lui, il insiste sur la diversité des crimes et des délits commis par ces malades au moment de leurs paroxysmes de formules différentes, mais aussi il prend soin d'attirer l'attention sur les divers troubles psychiques qui peuvent précéder l'attaque et conditionner toutes sortes d'actes répréhensibles qui, faute d'être rattachés à leur véritable cause, risqueraient d'entraîner des conclusions erronées d'imputabilité : modification de caractère dans le sens habituel de la nervosité, de l'irascibilité, de l'emportement, d'autres fois dans celui de l'expansivité. Il prend soin également de donner des exemples de cette forme « intellectuelle » de l'aura au cours de laquelle sont susceptibles de se produire, tantôt sous une forme délirante, tantôt sous une forme apparemment logique et coordonnée, les actions les plus étranges ou les plus dangereuses. Choses non moins importantes, il insiste enfin, toujours avec des exemples à l'appui, sur les cas de « folie momentanée » qui peuvent précéder, remplacer, ou le plus souvent suivre l'attaque proprement dite ; sur les continuations automatiques au cours des « absences » d'un acte précédemment commencé, ou les accomplissements au cours de ces mêmes absences d'une action possiblement en correspondance avec les sentiments intimes du malade, mais qui, sans cet obscurcissement subit de la volonté consciente, serait resté dans le domaine des velléités réfrénées ou même dans celui plus ou moins ignoré de la subconscience ; sur ces sortes de fugues parfois prolongées, compliquées, d'apparence lucides, dont l'amnésie consécutive vient pour ainsi dire contresigner la nature morbide, à moins qu'elle ne soit brusquement dévoilée par une attaque convulsive terminale ; sur les caractères enfin de violence, d'acharnement, d'énormité dans le drame, et d'immotivation, qui, souvent, permettent d'inférer d'emblée la nature épileptique des crimes accomplis par ces malades, et même sur les cas, pour rares qu'ils soient, d'amnésie retardée. Sachant éviter les excès doctrinaux, Magnan ne manque pas non plus de mettre en garde sur le caractère généralement épisodique et transitoire de l'irresponsabilité de l'épileptique ; à moins que ceux-ci, par l'effet de la persévérance et de l'aggravation de leur maladie, c'est-à-dire des lésions cérébrales qui la conditionnent, ne versent irrémédiablement dans

un de ces états de déchéance intellectuelle auxquels on a donné le nom de démence épileptique.

Certes, nous sommes loin d'avoir tout dit concernant l'œuvre médico-légale de Magnan sur l'épilepsie ; mais nous devons nous borner ; au surplus, que pourrait-on ajouter qui ne soit connu de vous tous ?

#### D. — LES HÉRÉDITAIRES DÉGÉNÉRÉS

Nous abordons ici l'une des parties les plus caractéristiques et les plus personnelles de l'œuvre de Magnan, celle où se montrent peut-être le mieux ses qualités de savant renseigné et d'observateur minutieux, aussi fin dans la critique et l'analyse, que puissant dans la synthèse et la généralisation. Même en ne considérant cette œuvre que du point de vue médico-légal, on pourrait sur elle écrire un volume entier, puisque les manifestations psychopathiques des héréditaires dégénérés, tel que les concevait Magnan, sont susceptibles de revêtir presque toutes les formes morbides, et de conditionner par conséquent presque toutes les réactions antisociales dont peuvent se rendre coupables les malades mentaux. Sur ce terrain donc, il nous faut aussi nous limiter.

Parce que plus particuliers, plus discutés aussi, et d'interprétation encore actuellement plus délicate, nous nous bornerons à évoquer ici les conceptions et les déductions médico-légales de Magnan en ce qui concerne d'une part les « syndromes épisodiques » des dégénérés, et d'autre part les anomalies sexuelles — celles-ci rentrant d'ailleurs en grande partie dans ceux-là. Chacun connaît la thèse généralisatrice de Magnan : toutes ces bizarreries de comportement et de réactions, toutes ces « manies », toutes ces « phobies » décrites isolément sous les noms les plus divers et les plus étranges, ne sont qu'un des modes particuliers d'expression d'un état anormal, ou plus exactement d'un substratum psychopathique plus général, la dégénérescence mentale.

Dégénérescence le plus souvent d'origine héréditaire, mais parfois possiblement acquise. Substratum que Magnan définit ainsi lui-même : « Ce qui, dans la folie des héréditaires, prédomine au point de vue mental, c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre, non seulement entre les facultés mentales, les opérations intellectuelles proprement dites, d'une part, mais encore la désharmonie des facultés intellectuelles entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère. »

Cette notion de déséquilibre, de désharmonie est assurément capitale. Elle implique, et Magnan ne manque pas de le faire ressortir à toute occasion, non seulement l'intermittence, l'épisodicité des symptômes morbides constatés ou allégués, mais aussi leur variabilité et leur multiplicité. C'est, semble-t-il bien, pour une grande part du moins, l'oubli de ce caractère fondamental qui a incité jadis certains médecins à accepter trop facilement les dires intéressés et souvent suggérés de toute une catégorie de délinquants d'habitude qui cherchent l'impunité dans l'allégation d'une force à laquelle ils n'ont pu résister. Certes, cette notion d'irrésistibilité dominatrice de la volonté du sujet malgré la pleine conscience où il demeure, Magnan l'a décrite avec insistance, et il en a fait le fondement de ses conclusions d'irresponsabilité à l'égard de ces sujets impulsivement poussés malgré eux à commettre tel ou tel acte criminel ou délictueux (homicide, incendie, vol, exhibitionnisme, pour ne citer que les principaux). Mais aussi, il a pris soin de noter tous les concomitants psychiques et organiques qui, nécessairement, doivent accompagner ces impulsions conscientes dites par lui dégénératives (idée, sentiment, préoccupation, tendance, subitement envahissants, progressivement obsédants ; résistance consciente et persévérante de plus en plus pénible, allant jusqu'à l'angoisse ; détente et satisfaction consécutives à l'accomplissement de l'acte ; troubles moteurs, cardio-vasculaires, sécrétoires, qui coïncident avec l'opposition à l'acte). Il a pris soin, également, de dégager de l'observation complète du sujet considéré au cours de toute son existence cette épisodicité, cette mutabilité, cette multiplicité des symptômes morbides auxquelles il vient d'être fait allusion ; comme aussi l'extrême fréquence, sinon la constance, des manifestations anormales apparues dès l'enfance. Enfin, loin de tomber dans les excès trop souvent commis après lui, il a dit et répété à plusieurs reprises dans ses écrits et dans ses leçons que dans leurs formes criminelles ou délinquantes, qu'il s'agisse de la simple kleptomanie ou de l'exhibitionnisme banal, ou des impulsions plus graves à l'homicide ou à l'incendie, il était peu fréquent que ces malades passent à la réalisation de l'acte. Si donc on peut et on doit le suivre lorsqu'il conclut dans ces conditions à l'irresponsabilité de pareils sujets et à leur internement corrélatif, il faut bien savoir qu'aux allégations du prévenu il importe d'opposer tout d'abord une critique serrée et un examen méthodique et complet.

Il n'en reste pas moins, et Magnan n'a garde de le dissimuler, il n'en reste pas moins de grandes difficultés pratiques dans la

solution médico-légale de ces problèmes. Le tableau clinique si impressionnant qu'il a dressé est loin d'être toujours au complet. Il n'est pas toujours facile de faire la balance entre ce qui ressort, dans l'exécution de l'acte, à l'intensité de l'impulsion ou de la tendance et à la faiblesse involontaire ou consentie de la résistance du sujet. De plus, ici comme partout en médecine, il est des formes ébauchées, incomplètes, frustes, ou au contraire compliquées. Et c'est tout particulièrement alors qu'à l'exemple de Magnan le médecin-expert doit tenir constamment en éveil sa sagacité, sa critique et aussi son bon sens.

#### E. — LES ANOMALIES SEXUELLES

Sur les « Anomalies, aberrations et perversions sexuelles », Magnan a publié, on le sait, une longue série de travaux. On sait aussi sa conception d'après laquelle ces sujets rentrent dans le vaste cadre des déséquilibrés dégénérés. Ce que l'on sait également, d'autre part, c'est la fréquence des applications médico-légales que comportent ces cas. Sans revenir sur le fait des exhibitionnistes, sans rappeler la notion bien connue qu'en dehors de l'exhibitionnisme-syndrome épisodique il existe de nombreux malades insuffisants ou affaiblis intellectuellement, momentanément obnubilés ou excités, susceptibles de se livrer à cette action dans des conditions qui doivent conduire l'expert à des conclusions d'irresponsabilité, nous noterons seulement ici le soin minutieux qu'a pris Magnan de mettre en évidence les caractères susceptibles de différencier parmi les individus qui se livrent à des comportements sexuels anormaux les plus variés et les plus étranges ceux chez qui ces comportements restent étrangers à leur volonté, parce que le fait d'une constitution et de tendances anormales. Ces notions, à l'époque où enseignait Magnan, étaient d'autant plus importantes du point de vue médico-légal qu'elles étaient encore mal connues, spécialement du grand public et des tribunaux. Il n'en reste pas moins, et Magnan n'a eu garde de le dissimuler, que les infractions résultant de ces anomalies constituent presque toujours des problèmes médico-légaux délicats à résoudre. C'est, ainsi qu'il l'a montré, l'étude complète du sujet lui-même, la connaissance aussi entière que possible de toute son existence et de ses ascendances, la critique des circonstances des faits qui, en dehors de toute conception théorique *a priori*, doivent guider l'expert et orienter ses conclusions.

#### F. — LES PERSÉCUTÉS PERSÉCUTEURS

« Le persécuté-persécutateur, écrit Magnan, appartient à la grande famille des dégénérés. » Et cette thèse, il l'affirme encore lorsqu'il oppose cette variété de psychose à son délire chronique évolutif. « Tandis que chez le délirant chronique, dit-il, l'affection mentale contrastait avec le passé cérébral du sujet, pour le persécutateur au contraire, elle n'est que l'exagération du caractère antérieur chez un individu toujours mal équilibré. »

Que l'on admette ou non cette conception, il n'en reste pas moins que chez ces malades on retrouve dès l'origine une série d'anomalies psychologiques qui déjà, par elles-mêmes, les prédisposent à des comportements plus ou moins antisociaux, anomalies que l'on peut, d'après Magnan, résumer brièvement ainsi: tendance à la fixation et à la prévalence de certaines idées, exagération de la personnalité, exaltation psychique, lacunes morales. Ceci, joint à l'insidiosité du délire dans son apparition, à la persistance de la lucidité, à la conservation et même à l'exagération des capacités de raisonnement, à l'origine du délire souvent fondée sur un fait ou un grief réels, rend, on le conçoit, particulièrement délicates les applications à ces cas, de la médecine légale. Avec sa lucidité habituelle, son souci d'un examen détaillé et approfondi, son sens clinique inégalable, avec aussi sa critique toujours en éveil et judicieuse, Magnan a su différencier ce que l'on devait, parmi les réactions de ces individus, considérer comme pathologique et par conséquent excusable. Et il eut, d'autant plus de mérite à le faire qu'ici, comme dans le groupe précédent, bien des circonstances étaient de nature à impressionner défavorablement les tribunaux et le public non averti.

#### G. — SIMULATION DE LA FOLIE ET FOLIE MÉCONNUE

J'ai conscience de n'avoir, dans les cas dont je viens de parler, qu'effleuré l'œuvre médico-légale de Magnan, et d'avoir laissé sous silence quantité d'autres cas auxquels s'est appliqué son esprit. Mais il fallait faire un choix et savoir se borner. Je ne puis que m'excuser si ce choix a été trop restreint, et si je n'ai évoqué que trop superficiellement tout ce que nous devons au Maître dans ces applications de la Pathologie mentale à la Médecine légale.

Avant de clore cet exposé, il est encore deux catégories de faits étudiés par Magnan, qu'il serait impardonnable de passer sous silence.

La première a trait à la simulation de la folie.

Vous avez tous trop présent dans la mémoire pour qu'il soit utile d'y insister, le cas fameux de Loïsier, lequel après un examen particulièrement long et minutieux et une mise en observation dans son service de Sainte-Anne, Magnan a su convaincre de simulation. Rappelons seulement ici les règles générales que le Maître a posées en vue du dépistage de la simulation, règles qui doivent constamment être présentes à l'esprit du médecin-expert. « Chaque psychose, écrit-il, est un tout harmonieux dont la marche, l'évolution, est soumise à des lois précises, suivant lesquelles les symptômes doivent s'enchaîner et se combiner ; aussi, dès que l'un de ces symptômes fait défaut, ou qu'au milieu du tableau symptomatique surgit le signe d'une autre maladie, dont l'existence simultanée est impossible, tout l'ensemble détonne et cette discordance frappe l'observateur. » Et ceci encore : « Le public s'imagine que la folie consiste dans la production d'actes bizarres, extravagants, désordonnés, ou de propos décousus et incohérents, ou bien, au contraire, dans un état de torpeur où l'individu paraît frappé d'une complète inertie ; aussi la folie simulée, pleine d'exagérations, est plus accusée que la folie réelle. »

Dans ces raccourcis, ne trouve-t-on pas les éléments essentiels de nature à faciliter la solution des problèmes qui se posent dans ces cas. Ne retrouve-t-on pas aussi toutes les données principales qui caractérisent l'œuvre de Magnan : connaissance approfondie et vécue de la Pathologie et de la Clinique mentales, observation minutieuse et complète, critique avertie et serrée, puis fermeté et netteté dans la conclusion.

\*  
\*\*

A l'époque où vivait Magnan, l'expertise mentale médico-légale était sinon exceptionnelle, du moins assez rare. Il a, pour sa part, largement contribué à en étendre et à en généraliser la pratique auprès des tribunaux. Dès 1891, il écrivait en effet : « Il faudrait que les prévenus douteux fussent tous préalablement examinés ; c'est le seul moyen d'éviter à des irresponsables la flétrissure d'une condamnation. » Auparavant, et par la suite, il ne manqua pas, soit dans des communications à des Sociétés ou à des Congrès divers, soit dans ses Rapports annuels sur son service de l'Admission, de revenir à maintes reprises sur cette question des aliénés méconnus par les tribunaux. Et il eut cette satisfaction de voir ses efforts couronnés de succès. Alors que de

1885 à 1895 il avait pu dépister annuellement à l'Admission de 48 à 65 malades méconnus et condamnés, il n'en trouvait plus après 1896, date à partir de laquelle les magistrats et les tribunaux commencèrent à étendre selon ses directives la pratique de l'expertise mentale, il n'en trouvait plus que 12 à 14 par an.

\*  
\*\*

Parvenu au terme de cet exposé, j'ai conscience, ainsi que je le disais plus haut, de n'avoir donné qu'une faible idée de l'œuvre médico-légale de Magnan.

Je n'ai parlé ni de ses travaux connexes de criminologie, ni de ses conceptions, sur les modifications à apporter aux modes de préservation sociale opposés à la nocivité de toute une vaste catégorie de délinquants ou de criminels qui, sans être des aliénés, justiciables de l'asile, n'en sont pas moins par certains côtés des anormaux ; je n'ai pas parlé non plus des opinions qu'il professait sur la non-opportunité de créer pour les criminels aliénés des établissements spéciaux intermédiaires à la prison et à l'asile.

Même lorsqu'on ne veut envisager que sous l'angle restreint où nous nous sommes placés les travaux du Maître, on y trouve une telle richesse de documentation, une telle intrication logique et raisonnée de tout ce qui concerne la Pathologie mentale, que si l'on ne se bornait pas, d'ailleurs, arbitrairement, il faut l'avouer, on se trouverait entraîné bien loin hors des limites qui conviennent ici.

Redisons toutefois en terminant que, application pratique et souvent délicate de la Médecine mentale, la Médecine légale psychiatrique doit à Magnan le meilleur de ce qu'elle a pu entreprendre jusqu'à ce jour.

## L'INFLUENCE DE MAGNAN SUR L'ASSISTANCE ET LA THÉRAPEUTIQUE DES ALIÉNÉS

PAR

MAURICE DESRUELLES

L'expérience prouve que l'application de la camisole chez les agités n'a d'autre résultat que de les transformer en furieux. —  
MAGNAN.

M. Paul Sérieux, dans son remarquable mémoire, « V. Magnan, sa vie, son œuvre », publié dans les *Annales Médico-Psychologiques* en 1917 et en 1918, a traité complètement les questions de l'assistance et de la thérapeutique des aliénés dans l'œuvre considérable de Magnan. Avec l'autorité qui s'attache à ses travaux et à sa personne, M. Paul Sérieux, élève puis collaborateur de Magnan, nous a donné, dans un magnifique éloge de l'œuvre de cet illustre aliéniste, une minutieuse analyse de sa thérapeutique, analyse qui a la valeur d'un témoignage.

C'est pourquoi il ne nous paraît pas utile aujourd'hui de reprendre un travail déjà fait, et fort bien fait. Nous avons préféré nous limiter, ici, et montrer l'influence de Magnan sur la suppression de la camisole de force, et sur l'utilisation systématique de l'alitement continu dans les services d'aliénés.

La plupart des contemporains de Magnan, par préjugé ou par tradition, se refusèrent à admettre ces méthodes nouvelles (non-restraint et alitement), alors que nous sommes aujourd'hui unanimement convaincus de leur nécessité et de leur efficacité.

Pour mettre mieux en relief l'œuvre admirable de Magnan, les luttes qu'il a dû soutenir, avec une volonté tenace, pour convaincre ses collègues de l'avantage de ces réformes qu'il avait expérimentées dans son service de l'Admission malgré le scepticisme des uns et parfois l'hostilité des autres, nous esquisserons à grands traits l'historique des moyens de contrainte, du « res-

traint », et nous décrirons l'état d'esprit des aliénistes au moment de ces discussions courtoises, mais souvent passionnées, où Magnan fut âprement combattu. Mais sa ténacité, son expérience, sa conviction sincère, la certitude d'avoir raison envers et contre la routine ou l'ignorance, lui permirent, avec le temps, de triompher. Nous verrons ainsi l'influence capitale de l'œuvre réformatrice de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique modernes des aliénés.

### Avant Magnan

René Semelaigne, l'érudit historien des maladies mentales et le biographe des grands aliénistes, nous a appris que, dans l'antiquité, les avis des médecins étaient assez partagés sur les modes de traitement des aliénés. Par exemple, Celse admettait les chaînes et les coups ; Soranus proscrivait les liens, la flagellation, la réclusion conseillés par Titus, Asclépiade, Dioclès, Alexandre de Tralles, etc. ; par contre, Cœlius Aurelianus défendait de frapper les aliénés, de les enchaîner et Paul d'Égine n'employait les moyens de contrainte qu'avec ménagement. Au Moyen Age, le seul traitement semble avoir été les chaînes, « l'usage gothique des chaînes de fer », comme l'a écrit Pinel. Puis Savonarole, Sylvius, Plater, Th. Willis, Cullen estimèrent nécessaire le recours aux châtiments dans le traitement de la folie. Valsalva réprouvait cependant la violence envers les aliénés, Chiarurgi s'opposait à l'usage des chaînes ; Cullen supprima les cachots, les fers et les chaînes et inventa, pour contenir les furieux, une « chemisette », « la chemise étroite », qu'il recommandait en 1785 dans « Les institutions de médecine pratique » ; Daquin, dans la « Philosophie de la Folie », affirmant que « Cullen n'avait jamais trouvé un moyen mécanique à contenir les fous, à la fois facile et vraiment salutaire, conseille l'abstention de moyens mécaniques » (1791).

C'est alors que Pinel, en l'an IX, eut, comme l'a écrit Christian, « la gloire de montrer que l'on faisait fausse route ». A « l'usage gothique des chaînes entraînant une exaspération constante », il préféra « une camisole étroite et d'une toile forte qui doit contenir les mouvements des pieds et des mains, fixer le furieux sur son lit par de forts liens qui tiennent à la partie postérieure de ce vêtement, et qu'il ne puisse apercevoir ». L'état de contrainte extrême produit par la camisole doit être passager. Pinel, après avoir affirmé que les aliénés, « loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les

égards dûs à l'humanité souffrante », estime que, « dans le traitement de la manie, il prépare la guérison dans un grand nombre de cas en recourant d'abord à une répression énergique... » ; tout un chapitre est consacré « aux moyens de répression en usage contre les aliénés » ; les douches sont « considérées comme moyen de répression pour soumettre à la loi générale du travail..., vaincre un refus obstiné de nourriture et dompter les aliénés »..., etc., etc...

Nous ne diminuons en rien la gloire incontestable de Pinel, qui fit abolir l'usage gothique des chaînes de fer à Bicêtre et à la Salpêtrière, en montrant que, pour ce grand philanthrope, la *répression*, même *énergique*, était nécessaire dans le traitement des maladies mentales.

Ferrus (1834) partageait cette opinion et sans approuver ni l'émétisation pratiquée en Angleterre jusqu'à ce que les vomissements répétés rendent l'aliéné docile, ni les machines rotatoires, il admettait, pour les *punitions* : l'isolement, la camisole de force et, « si la saison le permet, les douches d'eau froide sur la tête », il tolérait les menottes de fer comme moyen de répression et il avait constaté que, dans les maisons d'aliénés d'Angleterre, malgré Cullen, malgré Pinel, on estimait les menottes de fer bien préférables à la camisole.

Scipion Pinel (1836), dans le *Traité complet du régime sanitaire des aliénés*, décrit les moyens de répression : la corde tendue de Lowenhayn et le treillage, etc., dont, d'après lui, l'usage doit disparaître, bien que leur utilité soit incontestable. Avec Heinroth, il regarde la camisole, d'un usage alors général, comme la meilleure invention pour *dompter* les furieux, bien que Haslam soit d'un avis opposé. « L'isolement est notre plus grande punition », dit-il, et contre les hallucinations il emploie, inutilement, un bouton de fer rouge sur l'apophyse mastoïde, ou au cou deux boutons de fer assez profonds (dans un but thérapeutique d'ailleurs et non comme moyen de répression).

En 1838, Esquirol écrit : « Pinel changea le sort des aliénés. Les chaînes se brisèrent..., on soigne les fous avec plus d'humanité ; l'espérance gagna les cœurs... » Cependant, Esquirol pense que l'on doit subjuguier le caractère absolu de certains malades, vaincre leurs prétentions, dompter leurs emportements..., *la crainte*, par son action débilite, modère l'excès de leur irritabilité et les dispose ainsi à écouter, à suivre les avis qu'on leur donne, mais il ne faut pas que ce moyen soit porté jusqu'à la terreur..., « la crainte modère l'excès de leur agitation ».

Après la présentation de deux mémoires de Leuret à l'Acadé-

mie de Médecine sur « le traitement moral de la folie », Blanche (de Montmartre), signala « le danger des rigueurs corporelles dans le traitement de la folie » et protesta contre les médecins « qui ont proclamé la douche comme un moyen suprême d'intimidation et de faire jouer à la douleur qu'occasionne cette torture physique le principal rôle dans le traitement moral ».

Esquirol et Pariset firent un rapport sur les mémoires de Leuret et de Blanche où, sans désapprouver Blanche, ils estiment que, dans le traitement de l'aliénation, « il ne faut pas absolument exclure l'action de la douleur ni l'action de la crainte et de la honte qui en sont la suite » et ils signalent que « la méthode de rigueur et de répression a été préconisée par Celse ».

Leuret (1840), le successeur de Ferrus à Bicêtre, affirme que la plupart des médecins d'aliénés ont commis une faute grave en se détournant de l'emploi d'un *traitement moral énergique*. Leuret proteste parce que l'on a appelé ce mode de traitement, intimidation, et cependant il écrit : « La douleur fait, il est vrai, partie du traitement que je recommande pour guérir les aliénés... Pour exciter la douleur, j'ai fait le plus ordinairement usage de la douche et des affusions froides..., etc... Les aliénés soumis à la douche, se plaignent beaucoup... » Dans cet ouvrage, Leuret donne l'avis des aliénistes de cette époque. Esquirol comprend le traitement moral comme Pinel, Calmeil en est partisan, Georget le considère comme un simple auxiliaire, mais à Charenton (Moreau, Malherbe et Bayle), il est nul ; Falret, F. Voisin, Foville sont sceptiques, et pour Pariset les bases du traitement des aliénés sont la justice et la bonté.

La même année, Archambault publie la traduction du traité de l'aliénation mentale de W. Ellis, enrichi de notes par Esquirol, où Ellis décrit « un moyen de contrainte le plus simple, celui contre lequel s'élève le moins d'objections, une paire de larges manches de grosse toile réunies par une large lanière... Ce moyen de contrainte est préférable à la camisole ». Nous notons pour la première fois une critique de la camisole trop chaude, qui comprime la poitrine, etc...

Girard, directeur de l'asile d'Auxerre, publie en 1844, deux observations pour montrer qu'après avoir usé vainement de la douceur, il a employé la douceur mêlée de fermeté et de bienveillance (colonne d'eau à peine froide sur la tête pour arracher une promesse de travail).

La même année, Briere de Boismont publie des « observations critiques sur le système du no-restraint suivi en Angleterre, où le fauteuil de force et la camisole sont rejetés comme

entachés de barbarie », et il est convaincu que les mesures répressives ne doivent pas être complètement bannies du traitement de l'aliénation.

F. Voisin, dans le « *Traitement intelligent de la folie* » (1847) s'élève contre le système dit de l'intimidation. Berlié signale que dans le traitement de l'aliénation mentale en Angleterre (1849), on substitue la douceur aux moyens de contention mécanique. Brière de Boismont (1851) analyse un rapport de l'asile de Hanwell et étudie l'œuvre de J. Conolly qui, dans cet asile, a remplacé les moyens coercitifs mécaniques par le nombre des infirmiers et la cellule matelassée. Renaudin, qui, à Maréville, a fait disparaître les loges et a réduit le nombre des camisoles à 6 ou 7 pour 940 aliénés (1853), estime que le no-restraint (ou horreur profonde des Anglais pour tout lien), est plus coercitif que la camisole qu'ils condamnent.

En 1851, à l'occasion de l'éloge académique du D<sup>r</sup> Blanche, qui prit la direction de l'hôpital général de Rouen, où il y avait un quartier consacré aux aliénés, on apprend qu'un grand nombre d'entre eux étaient auparavant enfermés dans des loges, ou enchaînés au besoin par les pieds ; on donnait quelquefois aux furieux « le bain de surprise » : l'individu condamné à ce traitement était introduit dans un sac clos au-dessus de la tête, et jeté dans le petit ruisseau qui traverse l'hospice ; on employait aussi la douche de feu, ainsi nommée parce qu'on la donnait avec la pompe à incendie.

Parchappe (dans les « *Principes à suivre dans la fondation des asiles d'aliénés* », 1853), a visité l'asile de Hanwell et note que J. Conolly, qui a pris la direction de cet établissement en 1838, y a introduit le système du no-restraint, mis pour la première fois en pratique dans l'asile de Lincoln, par le D<sup>r</sup> Charlesworth.

Dans ses rapports (1858, 1859), le D<sup>r</sup> Véron, Directeur de l'asile de Dole, écrit qu'à son arrivée il avait été péniblement ému des moyens de contention que l'on employait vis-à-vis des malades : colliers en fer avec leurs chaînes, menottes en fer, courroies en cuir fermant à cadenas et servant à ceinturer les malades ; crampons et anneaux de fer scellés dans les murailles et destinés à fixer les malades, etc...

En 1860, paraît « le no-restraint » par Morel, travail sur la valeur et le mode de fonctionnement du système de traitement mis en pratique en Angleterre. Moreau de Tours ainsi que Rouhier en ont donné d'excellentes analyses ; au dire de Morel, il n'est pas un seul établissement en Angleterre où l'on fasse usage de la camisole de force, et ce nouveau progrès dans l'assistance des

aliénés est dû à J. Conolly. Morel conclut à l'abolition des moyens coercitifs. Dagonet, en 1880, a dit que l'autorité scientifique de Morel, très partisan du non-restraint, « n'avait pas suffi pour le débarrasser dans son propre service, des pratiques d'une communauté religieuse trop puissante ».

Marcé, dans son *Traité des maladies mentales*, cite les divers modes de traitement employés dans la suite des temps : le berceement de Cœlius Aurelianus, la machine rotatoire de Darwin, le fauteuil suspendu de Cox, la cage mobile de Reil, la boîte d'osier dont parle Casper. Il critique le décubitus forcé, déplorable, dit-il, recommande la camisole et les entraves, mais regrette l'abus de leur emploi prolongé « qui, dans les cas d'agitation vive, exaspère les maniaques et entretient leur colère ». Le non-restraint, radicale et absolue suppression de moyens mécaniques de contention n'est pas pratique, il vaut mieux employer la camisole et les entraves avec une grande réserve.

Dumesnil, analysant des journaux anglais, préfère au no-restraint la camisole, « puisqu'il faut l'appeler par son nom, instrument qui fait pousser des hauts cris aux aliénistes anglais », et il fait l'éloge de la camisole.

Dans le *Journal de Médecine mentale*, de Delasiauve (1862), Casimir Pinel donne une longue étude sur le no-restraint, qui date de 1839, « époque où, en Angleterre, les aliénés étaient encore au régime des cachots humides, des chaînes, des menottes. Il cite l'opinion de Pinel, Scipion Pinel, Ferrus, Calmeil, Foville, favorable à la camisole « toujours inoffensive lorsqu'elle est opportunément et convenablement employée ». Il signale que le no-restraint de J. Conolly comprend la réclusion, des gants rembourrés, des petites serrures (small locks) et que « *L'action du personnel auxiliaire est la clef de voûte de tout le système* ». Critiquant Morel, C. Pinel dit « qu'on pouvait croire en France que la camisole n'avait plus besoin d'être défendue ». Il conclut avec ironie que de réforme en réforme on en arrivera à supprimer les portes et les persiennes, et que l'on doit user de la contrainte lorsqu'elle est médicalement et *disciplinairement* indispensable.

Bazin, dans une communication à la Société Médico-Psychologique, revenant d'un voyage en Ecosse où il n'a vu d'autres moyens de contrainte « que des cellules matelassées et des chaussons destinés à devenir facilement des entraves », préfère cependant la contrainte.

En 1865, Dumesnil répond dans les *Annales Médico-Psychologiques* à un article paru récemment dans le « *Journal of Men-*

tal Science », où les docteurs Robertson et Mundy, après une visite de l'asile de Quatre-Mares, avaient critiqué le système des asiles français, « où le restraint dans ses formes les plus inadmissibles semble être le pivot sur lequel reposent tous les efforts pour se rendre maître de la violence ». Cependant, Dumesnil préfère « le gilet à manches » et il en donne les raisons.

Foville, dans son volume « *Les Aliénés* », au chapitre intitulé « la Théorie du no-restraint », écrit que le régime des aliénés en France est à tort critiqué par les Anglais, car la camisole n'est employée que le plus rarement possible (1870).

Enfin Dagron (*Des aliénés et des asiles d'aliénés*, 1875), considère que l'usage de la camisole présente non seulement des inconvénients, mais de grands dangers, et que le mot d'ordre est : le moins de camisoles possible.

Cet exposé bien long, et cependant très incomplet, nous permet de nous rendre compte de la situation de l'assistance aux aliénés au milieu du siècle dernier, et de l'opinion de la majorité des aliénistes sur le traitement des maladies mentales. Esquirol, dans un rapport au Ministre de l'Intérieur en 1818, avait constaté que les résultats des efforts de Pinel étaient assez lents ; ils restèrent encore bien lents dans la suite, malgré le dévouement des élèves de Pinel et d'Esquirol. Dans la description du traitement de l'aliénation mentale reviennent, un peu trop fréquemment, à notre avis, non seulement les mots de discipline, mais ceux de contrainte, d'intimidation, de répression, de coercition, de crainte et même de douleur. Certes, le « traitement moral » tel que le concevait Leuret (traitement qui rappelle le Moyen Age, la « question de l'eau ») nous paraît excessif et il a d'ailleurs été très discuté (en particulier par Blanche, Morel, F. Voisin, Baillarger, Foville, Renaudin, Marcé, etc...). Mais il n'en est pas moins vrai que les moyens de répression, de punition restent admis alors que Pinel ne recommandait sa camisole « qu'en cas de violence extrême ».

Esquirol a écrit : « s'ils ne cherchent pas à faire le mal, il vaut mieux les laisser libres, que les contraindre ». Malgré ces précisions, nous pouvons craindre l'abus de la contrainte : « Autoriser les liens et la camisole, c'est offrir l'occasion de mille ingénieux prétextes pour en multiplier l'emploi. » (Casimir Pinel).

Pour donner toute sa valeur à l'œuvre réformatrice de Magnan et en mesurer l'importance, il était utile de montrer que vers 1870, malgré la connaissance du no-restraint anglais due à Morel, la majorité des aliénistes restait fermement attachée, de bonne foi, à la camisole, moyen de traitement qu'ils affirmaient d'une utilité incontestable.

## Magnan

C'est à Magnan que revient l'honneur insigne d'avoir délivré les aliénés de leurs liens et les aliénistes de leurs préjugés. —  
Paul SÉRIEUX.

Magnan, interne des Hôpitaux de Paris en 1863, passe la majeure partie de son internat dans les services d'aliénés ; à Bicêtre d'abord, dont les médecins étaient F. Voisin, Marcé, P. Lucas qui limitaient le plus possible l'usage de la camisole dans leurs services. Déjà, nous dit M. Paul Sérieux, Magnan avait été péniblement impressionné par les dangers que présente l'usage de la camisole de force et des liens destinés à immobiliser sur leur lit certains malades. En 1865, Magnan est interne à la Salpêtrière (1), où l'école psychiatrique française déployait une remarquable activité scientifique. Magnan fut l'interne de Baillarger et lorsque, en 1902, il fit à l'Académie de Médecine, l'éloge de son maître, il dit que Baillarger « était convaincu de l'inutilité et du danger de la camisole de force et de tout le vieil arsenal des asiles, qu'il en prévoyait et en désirait la disparition absolue ».

En 1867, Magnan, à la création de l'asile Saint-Anne, y entre avec le titre de médecin-résidant (2), puis il devient médecin adjoint du « Bureau central d'admission, d'examen et de répartition » et, en octobre 1870, médecin répartiteur. Toute la carrière de Magnan se fera dans ce service où, convaincu de l'inutilité des moyens de contention, il en poursuivra résolument la suppression.

En 1868, dans un rapport à la Société anatomique, Magnan signale que sur sept cas de fracture du larynx observés par Langlet sur des aliénés, quatre étaient dus aux violences des infirmiers, trois produits par la camisole de force. La même année, dans un compte rendu à la Société biologique, il estime que l'othématome est toujours dû à un traumatisme. En 1869, dans son étude clinique sur l'alcoolisme, Magnan affirme, pour la première fois que « la suppression de la camisole de force a réduit chez les alcooliques aigus le chiffre de la mortalité dans des pro-

(1) Dont Clémenceau, interne provisoire, fréquentait la Salle de Garde.

(2) Magnan était à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus l'interne de Roger, médecin de la Cour. Le Prince impérial étant souffrant, Magnan fut désigné pour prendre la garde auprès du petit malade. Il connut ainsi les souverains, d'où sa désignation par le préfet Haussmann comme médecin-résidant à Sainte-Anne (Mme Fillassier).

portions notables ». Magnan est au début de sa carrière, il a trente-quatre ans et ses constatations sont le point de départ de l'offensive qu'il mènera toute sa vie contre l'usage de la camisole.

Dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* (1870), au mot camisole, Magnan donne un long article où, après avoir fait allusion au système du no-restraint de J. Conolly, il reconnaît que si la surveillance des aliénés trouve une sécurité complète à l'usage de la camisole, le malade se trouve dans une situation qui ne peut se prolonger sans danger, et à laquelle il attribue « la mortalité si fréquente des cas qui nécessitent l'emploi de ces moyens contentifs ». Pour y remédier, avec son ami Bouchereau, Magnan a imaginé un maillot, dont il donne la description et le croquis, maillot encore employé aujourd'hui dans quelques asiles ; il conclut : « Il y a quelque chose de plus qu'un appareil à modifier, c'est une habitude contractée depuis longtemps qu'il faut faire cesser, une erreur profondément implantée qu'il faut déraciner. C'est parce que nous avons eu nous-même à lutter contre l'inertie systématique qu'engendre l'habitude, que nous nous efforçons, autant qu'il est en notre pouvoir, de mettre en lumière les dangereux effets d'une telle pratique ». C'est là tout un programme, et Magnan le réalisera avec l'aide de son ami et collègue Bouchereau.

L'année suivante, Rouhier, élève de Magnan, publie sa thèse « de la camisole ou gilet de force », dont la conclusion est nette : « il faut supprimer la camisole ».

En 1874, dans son ouvrage « *De l'alcoolisme* », Magnan répète que la camisole est capable de produire des accidents graves. Parce qu'il a la conviction profonde qu'il faut supprimer tout moyen de contrainte, il se décide, en 1878, à cesser l'emploi de toute contention. Dans une communication à la Société Médico-Psychologique, Magnan déclare qu'il n'observe plus la fureur maniaque, et que les aliénés se calment dès qu'on leur enlève la camisole. M. Paul Sérieux nous apprend que pour appliquer dans toute sa rigueur la méthode du non-restraint, « Magnan, Bouchereau et leur « interne Briand se partageaient la surveillance jour et nuit » (1). Cette communication fut accueillie avec scepticisme et la Société Médico-Psychologique consacra quatre séances, en 1880, à l'étude « du no-restraint ».

(1) L'appartement de Magnan communiquait directement avec son service, ce qui lui permettait d'y exercer plus facilement sa surveillance ; la nuit, si pour une cause ou pour une autre, il rentrait tard (ce qui était rare), ou s'il était éveillé, Magnan allait faire un tour à l'Admission (Mme Fillasster).

Ce furent des discussions ardentes et passionnées.

Dagonet pose les questions suivantes : « La suppression absolue et systématique de la camisole doit-elle être considérée « comme un progrès ? Les moyens proposés pour y remédier ne « constituent-ils pas une méthode difficile à mettre en pratique « et rejetée par la plupart des médecins ? » Dagonet estime que la méthode de J. Conolly est d'ailleurs discutée en Angleterre, et que, dans certains cas, l'application absolue de la camisole est rendue nécessaire ; il cite même des malades qui viennent eux-mêmes réclamer leur camisole, et il conclut, tout en félicitant Magnan de ses efforts, que le no-restraint est une chimère.

Magnan répond qu'il a appliqué le no-restraint absolu avec une certaine crainte parce qu'il savait avoir contre lui des habitudes et des préjugés déjà anciens, mais que depuis dix-huit mois il a accumulé avec Bouchereau des faits qui démontrent que le no-restraint est possible.

Dans ces discussions, où prirent part avec Dagonet, Dautrebonne, Labitte, Bouchereau, Legrand du Saulle, Voisin, Motet, Luys, Mabille, Dally, Delasiauve, Dumesnil, Bourdin, Falret, Christian, Blanche, Lunier, Lasègue, Foville, il y a presque unanimité contre Magnan.

Sauf Bouchereau, qui le soutient longuement, Labitte (1) assez favorable, Lunier et Motet qui veulent être conciliants, tous les orateurs considèrent que Magnan est dans l'erreur et qu'on ne peut laisser de côté la camisole comme moyen de traitement. Christian, fidèle au restraint, proteste parce que l'on a comparé Conolly à Pinel ; il prononce le panégyrique de la camisole, et la plupart des auditeurs félicitent Christian du courage avec lequel il a défendu la camisole, en butte à des attaques. C'est une mystique de la camisole. Magnan répond en vain que puisqu'il a pu employer depuis deux ans le no-restraint dans le sens le plus large, c'est que son application est possible ; il affirme en vain qu'un malade camisolé s'agite davantage, qu'il n'observe plus guère de cas de fureur maniaque, etc., il ne persuade personne ; c'est un échec.

Magnan n'est nullement découragé. Fort de sa conviction, de son expérience, il continue. Son interne Briand publie en 1881 sa thèse sur le délire aigu. Il cite Schüle, qui pose comme règle première de traitement, la nécessité d'éviter au malade toute

(1) Labitte, à la colonie de Fitz-James, laissait une grande liberté à ses mélancoliques, même à ceux qui avaient des idées de suicide. Il les faisait travailler aux champs, sous la surveillance des colons.

contrainte ; cet avis, dit-il, est entièrement partagé par Magnan qui préfère, en cas d'excessive agitation, la cellule capitonnée, « quelle que soit l'agitation, la camisole doit être proscrite ». En 1885, dans sa thèse, Tagle, élève de Magnan, après avoir rappelé les dangers de la camisole, donne plusieurs observations à l'appui du non-restraint.

Avec Lwoff, Magnan fait en 1889 une communication sur quelques applications thérapeutiques du chlorhydrate d'hyoscine.

Puis en 1893, dans ses leçons cliniques sur les maladies mentales, il insiste avec son expérience déjà grande, avec toute sa conscience, sur la suppression absolue de la camisole de force et de tout autre moyen de contention.

Dans le *Traité de thérapeutique appliquée* d'Albert Robin (1890) Magnan recommande la suppression des moyens de contrainte parce qu'ils sont nuisibles, et de même dans le *Traité international de psychologie pathologique*, avec la collaboration de M. P. Sérieux, il met en garde contre la méthode d'intimidation de Leuret. Enfin, dans les divers articles du *Traité de thérapeutique pratique* (1913), qu'il a écrits également avec la collaboration de M. P. Sérieux, Magnan « a mis en lumière les bienfaits de l'alitement, chez les alcoolisés naguère camisolés et ligotés sur leur lit ou abandonnés seuls, dans une cellule, aux terreurs de leurs songes ». Il proscrit d'une manière absolue la camisole et la cellule et demande en outre le rajeunissement et la transformation des asiles.

Pendant cette longue période de 1867 à 1913, non seulement Magnan poursuivait dans ses travaux son œuvre réformatrice, mais il la complétait en transformant son service de l'admission en un hôpital où il appliquait le non-restraint. Ce service était devenu « un centre d'enseignement qui attirait de tous les pays « des élèves... ; que de préjugés ses leçons ont dissipés en répendant au cours de trente années des notions exactes sur le traitement des psychoses » (P. Sérieux).

L'œuvre de Magnan, à cette époque, a même dépassé les milieux médicaux, puisqu'un médecin fut cité en justice pour traitement contraire à l'humanité (un aliéné avait été laissé plusieurs mois en cellule avec les fers aux mains et aux pieds). Constans, qui raconte ce fait, en 1887 (*sur l'intervention de la magistrature dans l'appréciation du mode de traitement appliqué aux aliénés et de l'emploi des moyens de contrainte*) rappelle que, dans son rapport de 1874, l'inspection générale proscrivait les entraves en cuir dur, et dans cet article prudent, on sent Constans ébranlé par les idées de Magnan.

L'alitement marche de pair avec le non-restraint. — MAGNAN.

Après avoir supprimé dans son service l'usage de la camisole, Magnan complète ses méthodes thérapeutiques par la suppression des cellules (qu'un de nos amis appelle de grandes camisoles) et par le traitement par le lit, alitement continu ou clinothérapie (1894).

Magnan ne devait pas rencontrer ici une hostilité aussi vive que lorsqu'il avait décidé de supprimer les moyens de contrainte. Il avait d'abord, une autorité scientifique et morale supérieure à celle qu'il avait en 1878 ; puis l'alitement n'était pas une thérapeutique aussi audacieuse, aussi révolutionnaire que celle qui proscrivait la camisole. Pinel, dans son *Traité de la manie*, conseillait déjà de fixer les aliénés au lit en cas d'agitation extrême. Guislain, en 1852, recommandait l'alitement pour faciliter le retour au calme ; Parchappe était favorable en 1853 à la création de quartiers de surveillance continue et Falret père proposait de soigner les mélancoliques dans les infirmeries comme des malades souffrant physiquement.

En Allemagne et en Russie, on avait adopté avec enthousiasme l'alitement (on en a abusé d'ailleurs et il semble que l'on réagisse actuellement en sens contraire). En France, Cullerre, Dagonet, Régis conseillaient modérément l'alitement vers 1890.

Nous nous étendrons moins longuement sur cette partie de l'œuvre de Magnan, non parce qu'elle est moins importante que la suppression de la contrainte dont elle est la conséquence, mais parce qu'elle a été moins discutée. Nous nous contenterons donc de citer chronologiquement les travaux les plus importants qui ont introduit en France cette thérapeutique et dont la plupart ont eu Magnan pour inspirateur.

Bernstein (de Moscou), écrit dans les *Annales Médico-Psychologiques*, en 1897, un article sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés, et cite Cœlius Aurelianus et Griesinger, qui l'utilisaient.

En 1898, Cololian et Lalanne obtiennent à l'Académie de Médecine, le prix Baillarger, après un rapport de Motet sur leur mémoire intitulé : l'alitement dans les psychoses.

Pochon, élève de Magnan, fait dans sa thèse, « Etude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit », une étude fort complète de la question et conclut que l'alitement est la base de la thérapeutique des aliénés agités.

Clauzolles donne un « essai à l'asile de Pau du traitement des

aliénés par le repos au lit » (1899) et signale que ce traitement est employé depuis 1894 par Magnan, Sérieux, Toulouse.

Sérieux et Farnarier publient un article sur cette question dans les *Archives de Neurologie*, et Magnan, au Congrès de Marseille (1899), fait une communication sur le traitement par le repos au lit dans les formes aiguës et subaiguës de l'alcoolisme.

Magnan fait une importante communication à l'Académie de Médecine le 23 juillet 1912, « sur l'alitement dans le service central d'admission de l'asile Sainte-Anne ». Après un résumé historique, il donne une statistique précise des cas traités dans son service depuis 1897 jusqu'à 1911 ; il rappelle qu'il a supprimé tout moyen de contrainte depuis 1875, que la suppression de la camisole a rendu plus rare le délire aigu, que les cellules sont inutiles, et démontre l'avantage de l'alitement pour les maniaques, les mélancoliques, les alcoolisés.

Magnan et Sérieux, dans le *Traité de thérapeutique pratique* (1913) affirment que « l'alitement est appelé à prendre rang, avec la suppression des moyens de contention et l'isolement cellulaire, avec le traitement en liberté, parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine ».

Enfin, Magnan et Fillassier publient des statistiques donnant les résultats obtenus à l'admission par l'alitement (1911 et 1913).

Le traitement par le lit n'est plus discuté et peu à peu la plupart des établissements d'aliénés l'adoptent au point que « les garderies » d'aliénés disparaissent pour faire place à des hôpitaux de traitement. L'alitement n'est pas limité aux seuls cas aigus. Les aliénés chroniques agités, malpropres, bénéficient de ce précieux moyen d'assistance, qui a transformé les cours des quartiers d'agités, où erraient lamentablement des aliénés deminés et camisolés. C'est là un progrès considérable dans l'organisation médicale et matérielle des asiles.

#### Après Magnan

Au début de cette étude, nous avons tracé un tableau de ce qu'était l'assistance des aliénés en France avant Magnan. Nous allons pouvoir montrer maintenant quelle a été l'influence de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique des aliénés.

René Semelaigne, qui connaissait bien les asiles anglais, donne en 1890 une excellente étude sur le « restraints et le no-restraints » en Angleterre. Comme Morel, il se montre nettement en faveur du no-restraints.

En 1900, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, Pélas estime que le repos au lit est un traitement salubre de l'agitation dans les cas aigus, sauf dans les cas d'agitation extrême et chronique.

Sérieux et Farnarier communiquent la même année, à la Société Médico-Psychologique, une nouvelle mise au point de cette question, énumèrent les nombreux avantages de cette méthode appliquée dans les services de Magnan, de Jouffroy, de Briand, de Toulouse, qui permet de supprimer les cellules et change la physionomie d'un asile. Doutrebente dit qu'il n'a obtenu aucun résultat meilleur et Christian reste sceptique.

Le Congrès International de Médecine, tenu à Paris en 1900, est le triomphe de l'alitement — et par conséquent du non-restraint. — Korsakoff, dans un remarquable rapport sur l'alitement, après avoir fait un exposé des travaux russes, donne, dans ses conclusions, des indications précises sur l'application et les contre-indications de cette thérapeutique. Neisser (de Leubus) considère que cet excellent moyen thérapeutique nécessitera une modification profonde des établissements d'aliénés. Jules Morel (de Mons), Mairet et Ardin-Delteil, Cabred (Argentine) en ont constaté les heureux résultats. Doutrebente se montre assez réservé à cause des difficultés d'application de cette méthode dans les asiles de province *encombrés et dont le personnel est numériquement insuffisant*. Braesco (Roumanie) estime que l'alitement est un puissant moyen thérapeutique ; Paul Garnier reconnaît que l'alitement a une influence sédative, mais que ce mode de traitement ne vaut que par l'homme qui l'applique. Keraval défend l'usage des cellules, combattu depuis plusieurs années par Magnan.

Pour Wizel (Varsovie) (1901), peu à peu les aliénistes sont arrivés à la conviction que les moyens coercitifs dans le traitement des maladies mentales était superflus. La lutte contre la camisole de force dura ces dernières soixante années. La camisole est bannie des asiles allemands et remplacée par l'alitement.

Cullerre, en 1904, écrit un article assez favorable au non-restraint en citant la boutade amusante d'un Américain qui disait que « l'asile est lui-même un restraint, un moyen de contrainte ».

Au Congrès de Pau, lors de la visite de l'asile Saint-Luc, Girma montre qu'il a supprimé radicalement la camisole de force dans son service, et qu'il n'y existe plus aucun moyen de contrainte.

La même année, Christian, dans les *Annales Médico-Psychologiques*, publie « quelques réflexions sur le traitement des maladies mentales ». Au risque de passer pour misonéiste, écrit-il, il persiste à considérer les bains permanents comme un restraint

abominable, et préfère pour un malheureux agité une camisole en toile simple ; il réprouve l'alitement forcé, qui est un restraint. C'est la dernière défense de la camisole, de la « bonne camisole », comme nous l'avons entendu dire.

La *Revue de Psychiatrie* fait en 1907 une enquête sur le non-restraint et demande si l'on doit renoncer en toutes circonstances à la camisole. Girma, Levet et M. Baruk (père) répondent affirmativement, mais les autres réponses, sauf celle de Allaman (pour qui rien ne vaut la camisole de force), sont concordantes pour condamner l'abus de la camisole et indiquent qu'elle est exceptionnellement indiquée, « c'est une arme à deux tranchants qu'il faut avoir le courage de manier quelquefois ».

M. Anglade (père) estime sagement qu'il faut craindre la contrainte habituelle érigée en méthode de surveillance, dont elle est la négative. Quelle différence avec la glorification de la camisole lors de la discussion de 1880. On s'excuse de l'employer, on en limite l'usage le plus possible et on est fier, à juste titre, de l'avoir aboli. Le bon grain semé par Magnan a germé.

Hamel, dans son essai critique (1909) d'une thérapeutique de l'agitation, donne un excellent chapitre sur l'alitement.

Pour donner une opinion générale de ce qu'est devenue à notre époque l'assistance aux aliénés, nous emprunterons quelques lignes au rapport de l'inspection générale de 1923. Nous y pourrions lire qu'« il y a lieu de transformer, suivant les progrès, « facilement l'asile par l'extension du traitement par l'alitement, « et la suppression aussi complète que possible des moyens de « contrainte, que la plupart de nos asiles présentent aujourd'hui le triple aspect : d'hôpital de traitement pour psychoses « aiguës et curables ; colonies pour chroniques travailleurs et « débilés inoffensifs ; hospice destiné aux cas incurables ». Enfin, l'alitement fait l'objet d'un chapitre spécial et « l'Inspection « générale a pu constater que dans la plupart des asiles publics, « ce procédé de traitement a fait ses preuves, et était en voie « d'extension ou de meilleure organisation ». Il est prévu dans ce rapport l'alitement diurne au grand air.

Raynier et Beaudouin, dans leur excellent livre, « L'aliéné et les asiles d'aliénés » écrivent : « Les progrès dans l'organisation médicale et matérielle des asiles font que dans les bons « services, l'usage des moyens de contention n'est plus constaté « qu'à titre très nettement exceptionnel. »

Personne ne discute plus les idées de Magnan. Chacun s'efforce d'appliquer ses méthodes. « S'il y a aujourd'hui dans les hôpitaux « taux pour les maladies mentales, plus de souci pour le sort des

« assistés, plus d'efforts pour leur guérison, plus de cœur aussi et « plus de pitié, c'est à Magnan qu'on le doit. » (P. Sérieux).

On a eu le tort, en 1880, de vouloir opposer Pinel et Esquirol à Magnan, de croire que Magnan, par ses réformes hardies, voulait ruiner l'œuvre de ces grands philanthropes. « Le progrès « appelle le progrès. Les travaux de Pinel avaient dissipé sans « retour l'ignorance et les préjugés qui pesaient sur les aliénés. « Ces moyens de coercition, qui dans les premiers temps avaient « rendu de grands services..., devaient être également répudiés « et disparaître à peu près complètement des asiles. » (Moreau de Tours). Loin d'avoir voulu diminuer l'œuvre de Pinel et d'Esquirol, Magnan l'a complétée en appliquant, le premier, le non-restraint de Gardiner Hill et de J. Conolly.

On a eu le tort, par amour-propre national, de vouloir opposer le système français au système anglais, de vouloir les rendre inconciliables. Mais il y avait une mystique de la camisole, et Magnan faisait figure d'un utopiste audacieux et chimérique en face de ceux qui, par tradition, respectaient pieusement l'œuvre de Pinel, et, parce qu'ils la pensaient parfaite, se refusaient à ce qu'une main sacrilège puisse même l'améliorer. C'est pourquoi Magnan fut si ardemment combattu et connut l'échec de 1880 (1).

C'est là le sort commun des novateurs : en avance de quelques années sur leurs contemporains, ils sont incompris, discutés et rencontrent même, parfois, une hostilité méfiante.

Il est vraiment extraordinaire qu'après avoir été si ardemment combattu, Magnan ait pu en vingt ans redresser la situation au point d'assister en 1900 au triomphe de ses idées. Cela tient, évidemment, aux qualités intellectuelles et morales, vraiment exceptionnelles de Magnan, à son travail acharné, à sa volonté tenace, à son esprit de suite et à sa persévérance que n'ont jamais rebuté les difficultés.

Bien plus, ce qui a surtout permis à Magnan la réalisation de son œuvre admirable, qui est toute sa vie, ce sont les qualités de son noble cœur, c'est la pitié profonde qu'il avait pour les aliénés (elle datait de son internat à Bicêtre) et le désir ardent de les guérir, de les soulager, et tout au moins d'améliorer leur malheureuse situation. « Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir » (Esquirol).

(1) Magnan connut un autre échec en 1882, à la Société Médico-Psychologique lorsqu'il présenta avec Paul Garnier une nouvelle classification des maladies mentales. On reprocha à la classification de Magnan d'être mixte, c'est-à-dire d'être à la fois basée sur l'étiologie, l'anatomie, l'évolution des maladies. Aujourd'hui, toutes les classifications sont mixtes.

Comme l'a dit René Semelaigne, Magnan aimait ses malades. Sa vie s'est écoulée dans son service, au milieu d'eux. Il vivait pour eux (Sérieux). On peut lui appliquer ce qu'il a dit de Baillarger, qu' « il s'est donné tout entier à la science et aux malades ».

Le temps réservait à Magnan une splendide revanche. Le 15 mars 1908, ses collègues, ses amis, ses élèves fêtèrent son jubilé et lui remirent la belle médaille de Paul Richer. Dans les nombreux discours qui furent prononcés, c'est surtout l'œuvre d'assistance qui est glorifiée. Cette cérémonie consacra le triomphe du non-restraint et de l'alitement, et la défaite de la camisole et des cellules.

L'influence de Magnan a été considérable dans l'assistance des aliénés, et les asiles de province appliquèrent peu à peu les théories qu'il avait longuement expérimentées. Nous nous souvenons que lors de notre internat à Armentières (1911), dans le service de notre maître, le professeur Raviart, la suppression de la camisole a d'abord été essayée, prudemment, dans le quartier d'observation et d'infirmerie; puis, peu à peu, le non-restraint a été appliqué à tout le service. Nous avons pu, à Saint-Ylie, dans notre service qui comprenait, bien malgré nous, en 1925, quatre-vingts camisoles sur 550 aliénées, supprimer entièrement ce moyen de contrainte, sans accident, sans suicide, sans cellules. Nous avons pratiqué assez largement l'alitement, non seulement pour les cas aigus, mais en l'étendant aux chroniques agitées. C'est ce qui nous a valu aujourd'hui, alors que nous ne sommes pas élève de Magnan et que nous avons fait toute notre carrière en province, le grand honneur d'avoir été choisi par le Bureau de la Société Médico-psychologique pour traiter de l'influence de Magnan sur l'assistance et la thérapeutique des aliénés. Nous nous excusons dans ce travail d'avoir tant emprunté au livre de M. Paul Sérieux; nous croyons que l'on ne peut plus rien écrire sur l'œuvre de Magnan sans être guidé par ce document capital.

Avant de conclure, nous citerons Ritti, qui dans son discours du jubilé et s'adressant à Magnan dit : « Par la suppression de « la camisole, par l'extension de plus en plus grande de l'alitement, vous avez contribué plus que personne à la transformation de nos asiles en hôpitaux ordinaires. Ce sont là des « réformes capitales qui justifient le beau, l'enviable titre de « bienfaiteur des aliénés, qui vous a été décerné et restera attaché à votre nom. »

Briand, dans son discours de 1923, lors de l'inauguration du Monument de Magnan à l'Admission, après avoir appelé

son Maître « Le Bénédictin de Sainte-Anne », dit que « ce dont « Magnan se montrait le plus fier, c'était d'avoir supprimé à l'Admission la camisole de force, les cellules, et tous autres « moyens de contention ». C'est ce qu'expriment les mots latins inscrits sur la médaille de Magnan, et sur le socle du Monument qui reproduit l'envers de cette médaille : *Maluit lenitatem quam vim adhibere*.

Magnan a continué la belle œuvre de Pinel et d'Esquirol, et si nous devons à Pinel la suppression de l' « usage gothique » des chaînes de fer, à Esquirol et à Ferrus la création des asiles, c'est à Magnan que nous devons la suppression de la camisole de force. Esquirol a dit que lors de la réforme de Pinel, l'espérance gagna les cœurs. Magnan a véritablement réalisé cette espérance.

Le tableau de Tony-Robert Fleury, où Pinel fait tomber les chaînes des aliénés, à la Salpêtrière, la fresque de Ch. Muller à l'Académie de Médecine, qui représente Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes, nous permettent d'évoquer facilement la figure de ce grand aliéniste.

De même, pour évoquer la grande figure du Maître de l'asile de Sainte-Anne, dont nous célébrons aujourd'hui le centenaire de la naissance, ceux de notre génération qui ont peu connu Magnan, et les générations futures, reverront par la pensée la belle allégorie de Paul Richer, où Magnan se penche avec bonté vers une aliénée libre de tous liens et alitée; « cette médaille marque une date dans l'histoire de l'Assistance aux aliénés; elle montre la salle d'hôpital remplaçant le quartier cellulaire, elle confirme la substitution de la persuasive douceur aux moyens de contrainte. » (Magnan).

ALLOCUTION DE M. LE D<sup>r</sup> FILASSIER AU NOM DE LA FAMILLE  
DE V. MAGNAN

---

A la fin de la séance, M. le D<sup>r</sup> FILLASSIER, gendre et collaborateur de V. Magnan, remercia en ces termes :

MESSIEURS,

Permettez-moi, au nom de la famille du D<sup>r</sup> Magnan, de vous remercier d'avoir célébré avec tant d'éclat le Centenaire de sa naissance.

Quoi de plus naturel d'ailleurs ? Par l'orientation de votre esprit, par vos travaux, par votre présence ici, ne vous êtes-vous pas toujours révélés les Fils de sa pensée ?

Qu'il me soit permis cependant de remercier les Hautes Compagnies et les Sociétés Savantes qui ont bien voulu se faire représenter par des membres éminents ;

de remercier les délégués étrangers qui n'ont pas hésité à s'imposer de longs déplacements pour apporter à cette manifestation l'autorité de leur présence et le prestige de leur renommée.

Qu'il me soit permis de remercier également le Bureau de la Société Médico-psychologique qui a pris l'initiative de ces cérémonies.

Voici bien des années que je rencontrais pour la première fois notre Président au Service de l'Admission ; il sait, sans que j'en proteste, les sentiments que je lui porte ; aussi a-t-il compris combien je me suis réjoui lorsque j'ai su que, par un heureux destin, l'assistant si aimé de Magnan présiderait son Centenaire !

Je désire dire nos remerciements au D<sup>r</sup> Sérieux, dont on vient de vous lire la contribution admirable à cette séance ; qu'il reçoive ici, avec nos vœux de prompt rétablissement, le témoignage de notre reconnaissance et de notre admiration !

Je les dirai également aux rapporteurs qui ont retracé avec tant de savoir, tant de cœur, l'œuvre de Magnan, et l'ont fait en quelque sorte revivre sous nos yeux ; ils ont écrit des pages définitives qui demeureront à travers le temps et auxquelles il faudra toujours se reporter lorsqu'on voudra savoir ce que fut Magnan et tout ce que nous lui devons.

Il importe que leurs rapports soient largement répandus.

Ils montreront une nouvelle fois et avec une grande vigueur ce qu'était la psychiatrie avant Magnan, — ce qu'elle est devenue par lui ; ils témoigneront que les progrès d'aujourd'hui et de demain étaient déjà, et pour longtemps, en puissance dans ses travaux.

Ils feront plus encore ; ils porteront au delà des frontières le prestige de la Science française dans ce qu'elle a de plus élevé et de plus humain ; aussi convient-il que tous ceux qui travaillent et qui pensent les puissent étudier aisément.

Je ne répondrais enfin, — Messieurs, — ni à votre pensée, ni à mon désir, si je n'adressais des remerciements bien vifs à notre Secrétaire général : ancien interne de Magnan, il a conservé pour son vieux maître une affection toujours en éveil qui l'a naturellement conduit à l'idée première de cette Commémoration ; l'ayant imaginée, il s'est dépensé sans compter pour lui assurer le succès auquel vous applaudissez et qui lui appartient pour une bonne part.

Par lui, — avec votre concours à tous, — un nouvel hommage a été rendu à un Maître illustre, dans une forme qui lui aurait été particulièrement à cœur ; au milieu de ses collègues, de ses élèves, de ses continuateurs, dans le cadre de la Société Médico-psychologique à laquelle il était si attaché, et qui sait unir dans ses manifestations, tant de simplicité et tant de grandeur !

A tous, merci.

La séance est levée à 19 heures 30.

*Les Secrétaires des Séances,*  
P. COURBON et P. ABÉLY.

---

DINER ANNUEL SOUS LA PRÉSIDENTE DE M. PAUL STRAUSS

---

Le soir, après la séance, un dîner, sous la présidence de M. Paul STRAUSS, Sénateur de la Seine, ancien Ministre, Vice-Président du Sénat, Membre de l'Académie de Médecine, réunit les membres de la Société Médico-psychologique, les rapporteurs, les délégués français et étrangers et les représentants de l'Administration (Ministère de la Santé

publique, Préfecture de Police, Préfecture de la Seine). Au dîner prirent la parole : M. Paul STRAUSS, M. le D<sup>r</sup> Th. SIMON, président de la Société, M. le D<sup>r</sup> ERNEST DE CRAENE, au nom des délégués étrangers, et M. le D<sup>r</sup> NOËL PÉRON, Médecin des Hôpitaux de Paris, *petit-fils* de Magnan.

DISCOURS DE M. PAUL STRAUSS

*Sénateur de la Seine, Ancien Ministre, Vice-Président du Sénat*

MESDAMES, MESSIEURS,

C'est avec un vif plaisir que je me suis vu appelé à présider le banquet de la Société Médico-psychologique, à l'occasion du Centenaire de la naissance de Magnan.

Je vois ici quelques-uns de mes collègues de l'Académie de Médecine, MM. les Professeurs Claude, Georges Dumas, Guillain, ainsi que le Professeur Pierre Janet (du Collège de France), et combien d'autres personnalités éminentes, qui eussent pu présider, avec une bien plus grande compétence médicale que moi, cette solennité.

En m'y appelant, votre Bureau, votre si compétent Président M. le Docteur Simon, votre Secrétaire général, mon ami M. le D<sup>r</sup> René Charpentier, ont voulu confier cette présidence à un ami de Magnan. Cette désignation m'honore et me touche profondément.

Ces relations amicales remontent à bien longtemps ; il y a plus de 50 ans que nous nous rencontrâmes pour la première fois à la troisième Commission du Conseil général de la Seine ; bientôt Magnan me captiva par la clarté lumineuse de son esprit, la lucidité de son jugement, son amour du malade, sa résolution constante de se pencher vers lui et d'aider à sa guérison, ou à son relèvement chaque fois qu'une aide bienveillante paraissait nécessaire.

Comment faire revivre l'émotion qui s'emparait de ses auditeurs lorsqu'on l'entendait combattre pour la suppression de la camisole de force et de la cellule, — et quelle joie pour lui lorsque son élève Marcel Briand, appelé à diriger le premier service du nouvel asile de Villejuif, biffait d'un trait, sur le plan, l'emplacement des cellules !

Aussi, Messieurs, comment ne pas vous féliciter de votre initiative ; la salle de vos séances était pleine cet après-midi de tous ceux qui venaient rendre hommage à Magnan, et beaucoup n'y

trouvèrent pas de place ; ce soir, le nombre de vos collègues qui se pressent autour de cette table, le nombre des délégués étrangers que je salue, et qui ont voulu démontrer par leur présence que l'effort de Magnan était de tous les pays, comme il sera de tous les temps, tout cela ne disait-il pas combien votre initiative était heureuse et de quel succès elle fut couronnée !

Magnan mérite tous les éloges et tous les hommages ; il a été un grand savant, il a été un médecin incomparable ; il a fait revivre et continué la tradition de Pinel, il a véritablement humanisé la thérapeutique des maladies mentales.

Et quelle admirable modestie ! Lors de son jubilé, en 1908, sous la présidence illustre de Georges Clemenceau, son ancien camarade de Bicêtre, il avait témoigné de sa répugnance pour les honneurs et pour la publicité.

Un tel homme, dont les travaux scientifiques et les réalisations générales conservent à l'avenir leur valeur magistrale, est, à proprement parler, représentatif de la psychiatrie contemporaine, et, je le dis avec fierté, de la Médecine française.

La Société Médico-psychologique s'est honorée elle-même en glorifiant un de ses plus illustres membres et en la félicitant encore de sa belle initiative, si opportune dans les temps que nous vivons, je vous invite à acclamer le nom glorieux et la mémoire vénérée du grand Valentin Magnan.

M. ERNEST DE CRAENE, de Bruxelles, prit la parole *au nom des Délégués étrangers* présents. Dans une allocution très applaudie, il remercia M. le Ministre Paul Strauss dont il rappela l'œuvre considérable en matière d'assistance, d'hygiène, et particulièrement d'assistance psychiatrique. Exprimant sa reconnaissance à ses collègues français, au Président et au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique pour l'organisation de cette réunion, il rappela que la 39<sup>e</sup> session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra cette année à Bruxelles du 22 au 28 juillet 1935.

M. Th. SIMON, *président de la Société Médico-psychologique*, remercia M. Paul STRAUSS d'avoir bien voulu présider ce dîner et faire revivre dans ses paroles la grande figure de V. Magnan. Il adressa également les remerciements de tous au D<sup>r</sup> ERNEST DE CRAENE et à tous les délégués étrangers, aux représentants du Ministère de la Santé publique, de la Préfecture de Police, de la Préfecture de la Seine, et aux membres de la Société réunis en ce dîner annuel pour commémorer le Centenaire de V. Magnan.

M. Noël PÉRON, *Médecin des Hôpitaux de Paris*, petit-fils de V. Magnan, remercia ensuite en ces termes :

MONSIEUR LE MINISTRE,  
MONSIEUR LE PRÉSIDENT,  
MESDAMES, MESSIEURS,

Certains devoirs sont doux à remplir, car ils font appel seulement à notre affectivité, aussi est-ce bien simplement du fond du cœur qu'au nom de la famille de Magnan, je viens vous remercier des cérémonies d'aujourd'hui.

Cérémonies, terme qui ne convient peut-être pas aux manifestations de ce soir, manifestations, je crois, toute de piété filiale que vous avez bien voulu consacrer à sa mémoire.

Je ne trahirai pas la pensée de MM. Simon et René Charpentier en soulignant que ce caractère intime c'est par une pieuse intention qu'ils l'ont recherché, connaissant bien la mentalité de leur vieux Maître.

Trop jeune pour avoir subi directement l'empreinte médicale de Magnan, permettez-moi d'évoquer quelques souvenirs que la mémoire de l'enfant et de l'adolescent a enregistrés comme un fidèle témoignage.

Saint-Anne, ses cours, ses murs, ses vieux marronniers étaient familiers à nos jeux d'enfants. Certains jours nous étions admis au premier étage de l'Admission au bureau de Magnan, je le vois encore dans cette vaste pièce, des livres, des papiers partout et le bon sourire de Magnan, qui nous montrait sur le toit voisin les pigeons familiers venus à son appel.

Un jour, grand événement, c'était le jubilé, mot nouveau pour une âme d'enfant, je revois l'amphithéâtre de l'Admission, simple, sans faste, rempli d'une atmosphère qui n'était pas celle d'un jour de fête : je revois Magnan, le masque défait, pleurant son vieil ami Merjewski, venu de Moscou pour l'assurer de sa vieille amitié et qui venait de succomber. Boucharde, dans une fraternelle accolade, rappelait à Magnan les cruelles duretés de la vie.

L'amphithéâtre m'a paru baigné de tristesse, mais quelle atmosphère de chaude affection, véritable communion du culte de l'amitié.

Cette philosophie de l'amitié, Magnan la connaissait et la pratiquait et au début de la tourmente de 1914 nous avons pu mieux le connaître ayant vécu plus près de notre grand-père.

Magnan n'aimait guère les manifestations intempestives et

détestait ce besoin d'extériorisation qui est peut-être une maladie actuelle.

Le travail était sa joie et il l'aimait pour sa satisfaction intrinsèque, personnelle, égoïste, et ce fut certainement une des grandes joies de sa vie.

Aussi la journée d'aujourd'hui toute intime, toute filiale, paraît avoir été conçue dans l'esprit de Magnan et c'est pourquoi nous vous disons encore et du fond du cœur : « Merci ».

---

Signalons en outre, parmi les nombreux articles publiés à l'occasion du Centenaire de Magnan, ceux de MM. :

le D<sup>r</sup> Roubinovitch : I. A propos du Centenaire de Magnan : l'Œuvre Nosologique du Maître.

(*Le Bulletin Médical* : numéro du 1<sup>er</sup> juin 1935).

II. Le Centenaire de Magnan. L'Œuvre d'Assistance Psychiatrique du Maître.

(*Le Siècle Médical* : numéro du 1<sup>er</sup> juin 1935).

le Professeur Sartory. Le Centenaire de Magnan. (Extrait de *Strasbourg Médical* : 15 juin 1935).

Signalons enfin la magnifique réalisation du *Progrès Médical* (1) qui rappelait que « l'illustre psychiatre fut, dès le début, parmi ses plus fidèles collaborateurs, et compta parmi cette pléiade de grands médecins qui, dès la fondation du journal, réservèrent à la neuro-psychiatrie une place importante dans ses colonnes ».

Aussi consacra-t-il à la neuro-psychiatrie, à l'occasion du Centenaire de Magnan, un numéro spécial, de près de cent pages, qui ne compte pas moins de 19 articles inédits, dont l'énumération dira la valeur et qui fait de cette publication un document unique :

MAGNAN et « Le Progrès Médical ».

Prof. agr. Th. ALAJOUANINE et R. THUREL : *La névralgie du trijumeau*.

Prof. Gaetano BOSCHI : *Sclérose latérale amyotrophique guérie*.

(1) 41, rue des Ecoles, Paris.

Prof. Henri CLAUDE : *Remarques sur les états dits hallucinatoires et leurs rapports avec le fond mental du sujet.*

H. CODET : *L'hystérie, mode de réaction psychique.*

Roger DUPOUY : *Le traitement rapide des toxicomanes par le Démorphène.*

Prof. FRIBOURG-BLANC : *Les toxicomanies en milieu militaire.*

Raymond GARCIN : *Sur un cas d'éphidrose parotidienne. Réflexe gustatosudoral dans le territoire du nerf auriculo-temporal après parotidite suppurée.*

Prof. Georges GUILLAIN : *Les syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique.*

Prof. A. HESNARD : *La neuropsychiatrie dans la Marine française.*

G. HEUYER et DUBLINEAU : *Les poussées évolutives de la démence précoce et les délires des dégénérés de Magnan.*

Prof. Ch. LADAME : *Trente années d'alcoolisme à l'Asile clinique psychiatrique de Bel-Air (1901-1930), à Genève.*

Prof. Jean LÉPINE : *Le psychiatre dans la Cité.*

LÈGRE : *A propos du pronostic dans l'œuvre de Magnan.*

Raymond MALLET : *Le terrain organique de l'obsession.*

L. MARCHAND : *Les auras épileptiques psychiques.*

Prof. agr. D. PETIT-DUTAILLIS : *Valeur comparée des différentes méthodes de neurotomie dans la névralgie faciale essentielle.*

Prof. agr. D. PETIT-DUTAILLIS et Noël PÉRON : *Maladie de Basedow familiale.*

Prof. Georges RAVIART : *Psychiatrie 1935.*

Jacques ROUBINOVITCH : *La paranoïa précoce.*