Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 08. - Paris: Masson, 1917.
Cote : 90152, 1917, n° 08

BIUM

(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medica/cote?90152x1917x08

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

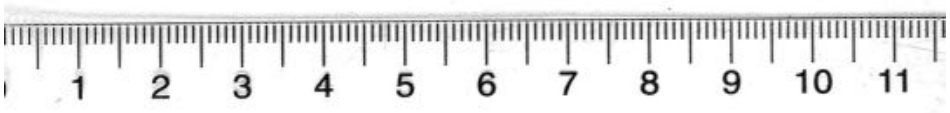
JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



©BIUM



©BIUM

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



FONDATEUR

Dr J. BAILLARGER

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

RÉDACTEUR EN CHEF

Dr ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.

—

DIXIÈME SÉRIE — TOME HUITIÈME

SOIXANTE-TREIZIÈME ANNÉE

Année mixte 1916-1917.

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

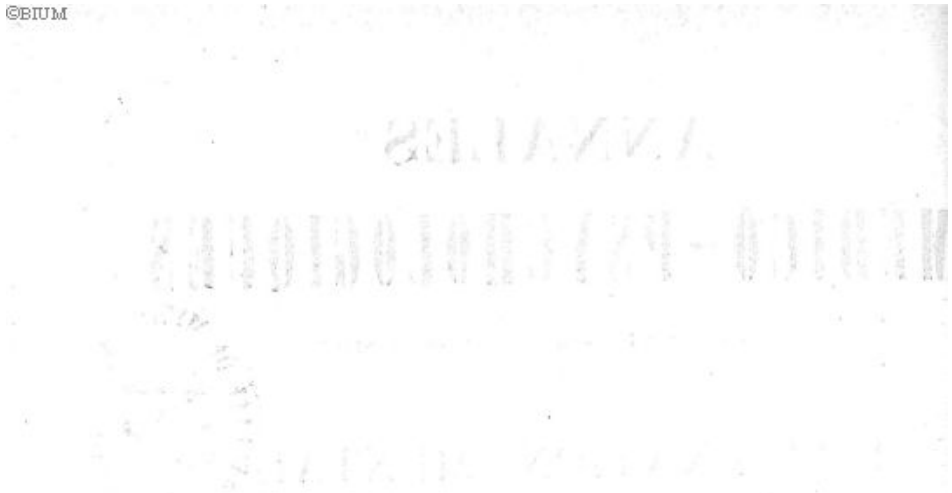
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1917

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Psychologie

DE LA MÉMOIRE

Par le Dr RÉMOND (de Metz)

Professeur de clinique à la faculté de médecine de Toulouse.

J'ai discuté précédemment les éléments probables ou possibles du jeu des organes de la pensée en ce qui concerne la conscience et la volonté ; j'ai montré, ou cru montrer, comment l'hypothèse, en limitant ses données aux fonctions cellulaires, permettait de comprendre les divers éléments du problème, reculant ainsi dans les domaines inaccessibles au psychologue tout ce qui se rattache aux idées spiritualistes. A côté des deux fonctions que je viens de nommer, une troisième, la mémoire, se présente comme comportant des éléments infiniment plus complexes et d'une interprétation autre-

©BIUM

ment difficile que ce qui, dans la pensée, résulte directement des relations de notre être avec le monde extérieur et avec lui-même. Et d'abord, il faut retenir que la faculté de conserver une empreinte, résultat des événements antérieurs au moment présent, n'appartient pas seulement à l'homme ; elle existe, d'une façon évidente, chez un grand nombre, si ce n'est chez tous les animaux ; elle n'est point non plus un phénomène individuel, chaque individu d'une espèce étant porteur de caractéristiques dont l'acquisition a été faite plus ou moins rapidement par un plus ou moins grand nombre de ses ascendants. Plus loin de nous encore, nous rencontrons des faits qui nous prouvent que cette mémoire de l'espèce se retrouve dans le règne végétal, où l'adaptation à certains milieux et la suppression des avantages réunis dans ces milieux provoquent tantôt l'apparition de caractères nouveaux, tantôt le retour à l'état ancestral. La mémoire semble donc être une propriété de la cellule vivante, indépendamment du règne auquel appartient cette cellule, et ce n'est pas là une des moindres complexités du problème que représente son étude. Mais on peut aller plus loin encore ; peut-être nous sera-t-il permis de l'entrevoir tout à l'heure.

Toute excitation, aperçue ou non, détermine une orientation, qu'elle conditionne expressément, dans la ou les cellules du système nerveux auxquelles elle a été transmise. Il ne peut en être autrement, le filet nerveux sensitif étant partie constitutive de la cellule à laquelle il aboutit, et, si l'excitation centripète est trop faible pour dépasser ce seuil, il y aura au moins une cellule qui aura été impressionnée par elle, quitte à l'ensemble de l'organisme de rester complètement étranger au phénomène. La cellule a opposé à l'excitation minimale que nous envisageons, une résistance suffisante pour

©BIUM

que toute transmission fût impossible; mais elle a cependant subi de ce fait une modification telle que la répétition du même ébranlement aura sur elle un retentissement plus net, que sa résistance sera diminuée et que, après un certain nombre de répétitions du même choc, elle le transmettra, faiblement d'abord, intégralement enfin, à la cellule sensitive qu'entourent les fibrilles du prolongement centripète de son neurone. Peu à peu et progressivement, l'excitation ayant atteint le centre supérieur, deviendra douloureuse, c'est-à-dire consciente, et, s'augmentant de la réaction qu'elle a ainsi déterminée, entraînera la mise en jeu du système moteur de défense, par exemple. A une répétition plus longue, correspondra plus tard une organisation plus parfaite de la réaction sensitivo-motrice et la défense succédera à l'excitation sans que la douleur se produise, sans que la conscience soit nécessairement avertie. L'adaptation constitue l'automatisme. Cet automatisme qui préside à un si grand nombre de nos actes soi-disant volontaires, qui nous rend inutile la conscience des différents gestes que nous accomplissons pour marcher, pour écrire, pour parler, pour exécuter une phrase musicale, etc., n'est autre chose qu'une forme parfaite de la mémoire cellulaire. Cette mémoire est indépendante de notre volonté et de notre conscience, chacun des mouvements partiels auxquels elle préside nous échappe et ce n'est que l'ensemble de ces mouvements qui se représente, de même que l'excitation partie de la volonté ne comporte à leur égard qu'une mise en train collective. Le point de départ de cette mise en train de tout un mécanisme compliqué, de mouvements coordonnés et exactement proportionnés au but à atteindre, est très souvent une sensation légèrement ou incomplètement aperçue. Un homme inoccupé attend dans un lieu dépourvu d'intérêt, il va, vient, s'assied, se relève, regarde au dehors, au-

©BIUM

tour de lui; demandez-lui la cause de ces différents gestes, c'est à peine s'il en a été averti; il n'en a pas conservé de souvenir précis, du moins à sa connaissance, et cependant le mécanisme moteur a fonctionné d'une façon absolument normale, grâce à la mémoire des cellules qui ont joué chacune leur rôle propre dans cet ensemble de gestes. Bien plus, aucun des gestes qui ont été exécutés ne s'est accompli sans laisser une trace inconsciente mais réelle dans sa sensibilité, et sans être à son tour l'objet d'un phénomène de mémoire, bien que plus ou moins inconscient.

La mémoire est, en effet, la propriété qu'a le système nerveux d'enregistrer et de conserver tout ce que la sensibilité y apporte sans qu'il y ait, d'aucune manière, besoin que ces faits soient l'objet d'un processus conscient. Il en résulte qu'il y a dans la mémoire un nombre de données infiniment plus considérable que celles qui peuvent être l'objet de représentations conscientes à un moment quelconque. Une cellule non encore impressionnée, qui a subi l'orientation spécifique que lui imprime un ébranlement d'origine sensitivo-sensorielle, reste toujours orientée dans le même sens; toute excitation nouvelle détermine en l'ébranlant non pas une réaction quelconque, mais, ou bien reste sans action, ou bien, si elle présente quelque rapport avec l'orientation spécifique de la cellule, détermine de la part de cette cellule une transformation de force dans le sens où elle se trouvait orientée; ainsi arrivera à la conscience une sensation qui sera en rapports étroits avec celle-là même que la cellule en question avait primitivement enregistrée et sous l'influence de laquelle elle s'était adaptée. Cette sensation, consciente, identique à très peu de chose près à la sensation primitive, est un phénomène de mémoire. Il peut arriver que cette sensation première ait été consciente et, redevenant

©BIUM

consciente une nouvelle fois, sera aperçue comme un souvenir. Si elle a été, au contraire, inconsciente à son origine, elle ne pourra être aperçue que comme un fait nouveau.

Nous voici donc en présence de trois sortes de mémoires ou de manifestations de mémoire très différentes ; la première, qui aboutit à l'automatisme et dont les manifestations ne pourront arriver à être parfaites que lorsque toute conscience en a disparu ; la seconde, qui nous fournit des aperceptions d'un caractère tel que lorsqu'elles pénètrent dans le champ de la conscience leur origine est localisée plus ou moins exactement dans le temps ou dans l'espace ; la troisième, enfin, dont les manifestations se présentent au moi comme des faits nouveaux qui semblent n'avoir pour point de départ que le travail de ce moi, indépendamment de tout autre concours, et qui prennent ainsi vis-à-vis de la conscience un caractère d'invention.

La seconde de ces formes constitue, pour la plupart des humains, toute la mémoire. Elle est formée de trois éléments principaux : une sensation consciente nettement aperçue, l'excitation secondaire et très forte d'un groupe de cellules, le retour dans le champ de la conscience de l'image fournie par ce groupe de cellules à un moment donné.

Toutes les sensations conscientes ne donnent pas nécessairement lieu à un enregistrement de ce genre, il faut qu'elles possèdent certains caractères ; l'intensité de la sensation, la répétition de cette sensation, l'attention du sujet, l'orientation de l'effort vers l'acquisition de l'image par la mémoire, sont autant de facteurs qui concourent, soit ensemble, soit isolément, à donner à l'organe nerveux l'orientation nécessaire et suffisante à la reproduction ultérieure de l'image ainsi formée.

La sensation peut être isolée, ne pas se renouveler,

©BIUM

et donner naissance à un souvenir précis ; certaines conditions favorisent ce résultat, telles que la violence, la surprise, une douleur vive, une association d'idées nombreuses déterminée par l'excitation, une émotion d'ordre sentimental. Ainsi émergent, dans les ombres du passé de chacun de nous, un certain nombre de faits qui gardent indéfiniment leur précision, alors que l'ensemble des détails de la vie quotidienne a sombré dans un oubli à peu près complet ; ces faits, dont le souvenir se retrace avec une fraîcheur inusable, ne sont cependant pas nécessairement ceux qui, d'après les règles de la vie sociale, devraient être les plus importants ; ils ont eu pour le sujet une importance considérable, ils ont pu, en même temps, ne laisser aucune trace sur la mémoire de son voisin. Il faut faire intervenir ici la notion d'un coefficient personnel, ce qui, dans le récit d'un événement auquel un certain nombre de témoins auront assisté par exemple, amènera entre les dires de chacun des variations parfois considérables. Ces dissemblances peuvent notamment se trouver entre les dépositions des témoins judiciaires d'un même fait et, à cet égard, chacun d'eux reste, sur quelque point, le *testis unus*, *testis nullus* dont les affirmations conservent une valeur douteuse.

L'importance des caractères que nous avons assignés tout à l'heure à la sensation isolée devient beaucoup plus faible quand cette sensation se répète un certain nombre de fois. La répétition d'une excitation identique à elle-même peut représenter au total un phénoméne plus important quant à sa valeur dynamique que ce que peut être au maximum une excitation unique. Un son n'est pas aperçu au delà d'un certain nombre de vibrations. Un même son aperçu un grand nombre de fois permettra l'aperception d'un total indéfini d'ondes sonores. Dans cet exemple, la valeur mécanique de

©BIUM

l'excitation est facile à suivre. Il n'est aucune sensation qui ne procède du même principe et toutes doivent être considérées comme des phénomènes mécaniques.

La répétition de l'excitation sera donc le mode nécessaire à la production de phénomènes de mémoire quand, par elle-même, cette excitation serait inopérante à laisser une trace suffisante. Elle est ainsi la règle de l'enseignement sous tous ses modes : l'enfant répète un texte pour l'apprendre ; le maître répète sa leçon pendant des jours, des mois et des années pour obtenir qu'il en reste une trace suffisante dans la mémoire de l'élève ; le musicien revient sans cesse à son instrument pour adapter ses fonctions musculaires les plus délicates aux nuances nécessaires à son art, etc.

Il est évident que l'influence de la répétition sera considérablement augmentée quand l'excitation possédera, à un degré quelconque, l'un des caractères susceptibles d'en rehausser l'importance au moment où la sensation pénètre dans le champ de la conscience ; de tous ces caractères, ceux qui ont le plus de valeur sont ceux qui sont susceptibles d'entourer la sensation primitive d'une association d'idées plus importante et plus fournie. Prenons pour exemple un texte écrit en langue étrangère. La répétition permettra de retenir à la longue la succession des sons qui composent ce texte lu à haute voix, mais le temps nécessaire à la constitution d'un phénomène de mémoire sera long, les répétitions devront être fort nombreuses, le phénomène de mémoire s'effacera rapidement. Si le texte est compris, si à chaque mot s'associe l'idée de ce qu'il représente, le nombre de répétitions nécessaires sera très diminué, la durée du souvenir beaucoup plus longue. Si à cette association d'idées on voit s'ajouter une émotion due, par exemple, au grand nombre d'idées d'ordre sentimental qui viennent s'associer à l'idée représentée par le mot, la mémoire du

©BIUM

texte sera telle qu'elle ne pourra plus guère s'effacer malgré un nombre de répétitions tout à fait restreint. L'association d'idées peut d'ailleurs être cherchée dans toute espèce d'ordre, et la douleur physique, jadis employée comme moyen pédagogique, n'était autre chose que la recherche d'une association susceptible de renforcer suffisamment la valeur de l'excitation intellectuelle. La répétition seule est, en effet, insuffisante pour constituer chez le sujet passif un élément de souvenir durable et il est nécessaire d'ajouter chez ce sujet l'influence d'un état particulier que l'on nomme l'attention.

L'attention est un état, et non la manifestation d'une activité volontaire. Le vocable populaire « faire attention », ne correspond pas à une réalité ; l'attention n'est pas un acte. « Être attentif » correspond mieux à la nature du phénomène, sauf dans sa forme impérative : « Sois attentif » ; n'est pas attentif qui veut. A l'état normal, les idées s'associent et se succèdent dans le champ de la conscience avec une vitesse régulièrement variable entre un maximum et un minimum au delà desquels le processus prend un caractère pathologique, d'hypomanie si la rapidité des associations est trop grande, de dépression si elle est trop ralentie. Lorsqu'un phénomène important se passe dans le rayon de nos aperceptions possibles, il occupe à lui seul toute la conscience pendant un temps plus ou moins long, et, en tout cas, l'idée dont il provoque la formation, idée de curiosité, d'admiration, de danger, de crainte, de fuite, ne s'associe qu'à des idées de même ordre et en petit nombre. Le sujet est attentif par ce fait seul qu'il est l'objet d'une excitation constamment semblable à elle-même et que l'orientation générale du contenu du champ de la conscience est fortement déterminée par cette excitation principale. Quand le phénomène extérieur ne présente que des caractères d'une importance secondaire, l'asso-

©BIUM

ciation des idées ne lui permet pas de jouer un pareil rôle, et après que le fait a été aperçu, il cesse d'être l'objet d'un phénomène de conscience, parce que des excitations de même valeur, venues soit du dehors, soit du sujet lui-même, déterminent le jeu normal du mécanisme de l'association. La première excitation ne laisse donc aucune trace appréciable. De là la nécessité de la répétition pour compenser la faiblesse relative de la première action. Cette répétition a pour but de déterminer l'état d'attention ; mais il faut, pour que ce but soit atteint, que les associations secondaires ne puissent pas prendre une importance plus grande que ce qui fait l'objet de cette répétition, sans quoi celle-ci sera incapable de provoquer l'état que l'on cherche à obtenir dans l'enchaînement des idées du sujet. Nous avons pris tout à l'heure l'exemple du texte, nous avons dit qu'il fallait qu'il fût intelligible et que sa répétition soit faite dans des conditions telles qu'elle ne provoque pas une série d'idées tout à fait étrangères à ce texte. Sinon, il y a succession d'images de plus en plus différentes dans la conscience, et l'état d'inattention, de distraction se constitue avec une facilité d'autant plus grande que l'attention est, en réalité, un état pas tout à fait normal. Nous avons dit qu'il était nécessaire, pour qu'il s'établît, que l'association des idées se ralentisse et se limite. L'exagération de ce ralentissement et de cette limitation se produit physiologiquement devant le danger, pathologiquement dans la mélancolie ; dans ces deux cas, il est douloureux d'emblée. Il le devient dans l'attention, et cette douleur est aperçue comme une fatigue qui s'oppose de plus en plus à la persistance d'un état, qui pourrait devenir insupportable si cette fatigue, en imposant des associations d'idées différentes, ne faisait pas précisément cesser l'état dont elle provient.

L'attention, simple modification dans l'enchaînement

©BIUM

des idées, semble donc être une orientation spéciale vers l'enregistrement des faits ; elle ne laisse pénétrer dans le champ de la conscience que peu ou pas d'idées en dehors de la principale. La conscience se trouve ainsi dans un état analogue à celui qui précède la détermination volontaire. Il semble, par conséquent, au sujet que l'attention est un phénomène de volonté, et, comme elle se termine par de la fatigue, qu'elle constitue un effort. Or, il n'y a ni volonté, ni effort, ni orientation particulière, mais seulement un phénomène de sensibilité inhibitrice momentanée d'un processus normal, et une douleur consécutive quand cette inhibition relative a duré un certain temps.

Répétition, attention, caractère particulier de l'excitation, due à ce qu'elle comporte l'idée que la sensation produite doit être l'objet d'un phénomène de mémoire ; telles sont donc les conditions nécessaires à la constitution habituelle de ce phénomène ; il en est d'accessoires qui ont presque autant d'importance. La sensation, pour arriver à la conscience, parcourt une voie centripète, tactile, auditive, visuelle, olfactive, etc. ; elle détermine, en cours de route, des excitations secondaires qui ajoutent leur valeur dynamique à celle que comporte le fait qui a servi de point de départ à ce processus, et c'est l'ensemble de ces associations qui pénètre dans le sensorium. Le point de départ du phénomène de mémoire recevra ainsi une caractéristique différente suivant l'organe des sens qui aura servi de voie d'accès, et selon les sujets, selon la perfection plus ou moins grande des divers sens chez l'un ou chez l'autre, l'idée, qui sera un souvenir, emportera avec elle une caractéristique visuelle, auditive, olfactive, etc. L'un conserve la musique verbale du texte entendu, l'autre la disposition typographique des pages qu'il a lues ; chez celui-ci, un air musical déterminera la réapparition, dans le champ

©BIUM

de la conscience, d'une foule d'idées anciennes ; chez un autre encore, une odeur, un parfum réveilleront une masse d'impressions, souvent et plus spécialement à caractère sexuel. Ces associations sensitivo-sensorielles ne sont enfin pas les seules qui soient susceptibles d'accompagner et de renforcer l'élément principal qui doit rester dans la mémoire. L'association des idées déterminée par l'ensemble du fait de conscience dont nous étudions l'effet apportera autour de cet élément des données soit d'origine extérieure immédiate, soit antérieurement enregistrées, et augmentera ainsi, dans une proportion plus ou moins considérable, l'importance de l'impression finale.

L'idée, ainsi accompagnée et renforcée, est nettement aperçue; elle occupe la conscience pendant un certain temps, puis disparaît. Pendant le temps où elle était aperçue, elle a joué, avec toutes ses composantes, le rôle d'une excitation sous l'influence de laquelle différents centres ont été impressionnés, un nombre plus ou moins considérable de systèmes d'association sont entrés en jeu, et il en est résulté, dans un ou plusieurs éléments cellulaires, une action dynamique assez forte pour déterminer dans ces éléments une orientation fonctionnelle définitive ; c'est-à-dire que ces éléments ne réagiront plus à une excitation de même nature, mais différente, leur résistance à une action mécanique nouvelle étant augmentée par la capacité de réaction spécifique qu'elles ont acquise du fait de l'excitation qui les a orientées la première. A cette excitation et aux divers éléments qui sont entrés dans la composition de l'idée aperçue par la conscience au début du phénomène, cette ou ces cellules réagiront de plus en plus facilement. Elles résisteront de plus en plus à tout ce qui sera étranger aux divers facteurs de ce premier groupe. Ainsi, chaque fois que dans le contenu de la conscience viendra à passer une

©BIUM

idée se rattachant, de près ou de loin, au groupement primitif, les éléments cellulaires, accordés pour ainsi dire à cette note, réagiront en fournissant à leur tour au sensorium les éléments d'idée qui les ont orientés primitivement. Ces éléments seront aperçus comme des faits anciens et des données de la mémoire. Toutes les fois, au contraire, que, dans les associations aperçues, rien ne se rattachera au groupe d'excitation spécialement sensible à un certain nombre de cellules, celles-ci ne fourniront, à leur tour, à la conscience aucun élément qui leur appartienne.

Comment pouvons-nous concevoir la spécialisation d'une cellule de telle manière qu'elle soit susceptible d'entrer en jeu comme un élément productif d'une sensation sous l'influence d'une excitation nettement orientée dans un sens déterminé, et de rester indifférente à tous les faits extérieurs et intérieurs étrangers à cette orientation? La cellule est douée d'une résistance propre, d'une inertie qui doit être vaincue par une excitation, qui se transmettra par ses dendrites à son corps, et sera acheminée par son ou ses prolongements blancs vers d'autres cellules ou groupes de cellules. Le passage de l'excitation provoque une modification moléculaire exactement adaptée à la force qui le détermine et l'ensemble du neurone présente ensuite une résistance beaucoup plus grande que la simple inertie à tout ce qui n'est pas en harmonie avec cette première orientation. Ceci n'est d'ailleurs pas une hypothèse, et, si nous ignorons totalement l'existence d'un lieu anatomique de la mémoire, nous savons qu'un certain nombre d'éléments cellulaires du cerveau prennent, partie par atavisme, partie par éducation, une valeur fonctionnelle tellement précise que, sous l'influence d'une sensation quelconque, elles déterminent la mise en jeu de tel ou tel groupe musculaire et d'aucun autre, sans que la

©BIUM

conscience soit une condition nécessaire du phénomène. Bien plus, dans la moelle, dans les masses du grand sympathique existent un grand nombre de centres dans lesquels les cellules déterminent, qui des mouvements musculaires, qui des fonctions glandulaires, qui des modifications vasculaires sous l'influence d'excitations sensitives appropriées, sans que jamais aucune partie du phénomène prenne le caractère conscient. Nous reviendrons plus loin sur ces fonctions médullaires, et nous n'avons besoin de retenir que celles des centres cérébraux. Là nous trouvons des centres où chaque cellule agit avec la mémoire de sa fonction particulière, et reste indifférente à tout ce qui ne sollicite pas spécialement cette fonction. La plupart d'entre elles ont été orientées par une répétition d'excitations homologues, à la suite de sensations nettement conscientes, après des périodes d'attention plus ou moins parfaites. La puissance de cette orientation est telle que ces cellules ne peuvent plus servir qu'à une fonction déterminée. Mais les centres moteurs ne sont pas les seuls connus. Nous sommes aussi obligés d'admettre que la conscience n'aperçoit les excitations lumineuses ou sonores que lorsqu'elles ont reçu une caractéristique empruntée aux éléments cellulaires de certaines régions cérébrales, auxquelles elles ne parviennent d'ailleurs qu'à la suite d'étapes à travers une série de neurones. Les centres visuels, auditifs et olfactifs, etc., sont assez nettement limités ; le lieu de valorisation psychique des sensations tactiles est beaucoup plus vague. En tous cas, entre la zone cérébrale postérieure, par exemple, où viennent aboutir et prendre leur spécificité définitive les sensations rétiniennes, et la zone motrice des mouvements qui permettent à la main de copier l'écriture vue en même temps, se trouvent des voies nombreuses. Les unes brèves, blanches, serviront au déclanchement sensoriel

©BIUM

d'un réflexe de défense ou de protection par la main. Celles-là ne seront certainement le siège d'aucun phénomène de mémoire. En revanche, entre la région occipitale, la région frontale et la région psychomotrice, se trouve interposée une masse grise énorme, physiologiquement peu ou pas caractérisée, et d'une richesse cellulaire très considérable. La substance grise est un amas de neurones à courte portée, et les valeurs motrices et sensitives des fibres blanches de la capsule interne et des faisceaux commissuraux nous permettent de penser que la plupart, sinon la totalité de ces neurones de la zone intermédiaire, restent affectés au service des relations entre les centres sensitifs, les centres psychiques et les centres moteurs. Pour certains, la région frontale serait plus spécialement affectée aux fonctions psychiques ; d'autres protestent contre cette localisation. L'un des arguments que l'on peut présenter en sa faveur est l'existence de ces formes de paralysie générale sans délire, dans lesquelles les lésions se localisent surtout ou seulement dans la région cérébrale postérieure. Quelle que soit la vérité, il n'en reste pas moins évident qu'il y a nécessairement cheminement des excitations sensitivo-sensorielles à travers les masses cellulaires de la substance grise, et que chacune des cellules qui la composent jouit des mêmes propriétés que celles des centres proprement dits. Or, nous voyons dans les nids de Betz, des cellules dont la caractéristique est à la fois une inertie absolue vis-à-vis des excitations qui ne sont pas syntonisées avec elles, et une réactivité parfaite vis-à-vis des excitations auxquelles elles sont spécialement harmonisées. Toute cellule nerveuse sera donc susceptible de subir la même adaptation à ce qui, pour celles que nous connaissons le mieux, n'est en dernière analyse que la mémoire d'un mouvement. Chaque fois que la sensibilité aura atteint une intensité suffisante pour

©BIUM

devenir consciente, sous l'influence de diverses conditions que nous avons énumérées plus haut, il se trouvera dans la zone neutre des cellules qui constitueront d'abord la voie de moindre résistance et peu à peu la voie spécifiquement adaptée à l'ébranlement venu du centre sensitif. Plus cet ébranlement se répétera, plus la cellule sera dans un état hygide voisin de la perfection, plus l'adaptation sera parfaite et durable ; d'où la persistance et la netteté des phénomènes de mémoire constitués dans l'enfance. Le nombre des éléments cellulaires susceptibles de cette adaptation est considérable ; il n'est pas indéfini, mais le développement lent et tardivement prolongé dans la vie, du réseau le plus superficiel de l'écorce, fournit pendant bien des années des éléments frais à des impressions nouvelles. Puis la richesse en territoires inutilisées ou, mieux, sans adaptation acquise devient de plus en plus faible; de plus en plus aussi la facilité de constitution des souvenirs tend à disparaître.

Il est probable que les premières sensations qui suivent la voie de moindre résistance pour devenir conscientes et déterminer en fin de compte une excitation motrice, ne laissent pas que de provoquer une certaine émotion dans les éléments voisins de cette voie principale. Une excitation tactile détermine un mouvement dans un groupe musculaire. La première voie parcourue sera du ganglion spinal vers les cellules des cornes antérieures, et de celles-ci vers le muscle. Ce phénomène purement réflexe, résultat d'une adaptation bien antérieure à l'individu considéré isolément, ne sera jamais l'objet d'un phénomène de mémoire consciente ; il est étranger au moi qui pourra plus tard assister à sa répétition comme à quelque chose qui se passe en dehors de lui, et sans jamais avoir aucune notion personnelle du mécanisme qui entre en fonction. La même

©BIUM

excitation parcourt les voies ascendantes des cordons postérieurs, arrive aux noyaux bulbaires et, d'étape en étape, vient mettre en jeu, après avoir été consciente, les fonctions cellulaires de la zone psychomotrice. Il est évident qu'elle peut n'aboutir qu'à l'une des étapes cellulaires de ce trajet, qu'elle peut orienter spécifiquement la dernière des cellules atteintes et qu'il y aura ainsi dans les centres intermédiaires des éléments cellulaires qui auront acquis une adaptation spéciale sans que cette adaptation ait jamais été consciente et sans qu'elle le devienne nécessairement jamais. Le même raisonnement se répéterait sans objection possible pour une excitation visuelle, auditive, etc. Il y a donc dans le cerveau des groupes cellulaires, non consciemment adaptés, qui ont cependant subi une modification dynamique plus ou moins profonde, cellules d'étapes intermédiaires, cellules voisines des voies de moindre résistance. Or, ce commencement d'adaptation a déjà une valeur comme élément de mémoire ; la cellule ainsi préparée réagira plus facilement à un certain ébranlement qu'à d'autres ; elle sera l'organe qui facilitera les associations entre les effets d'excitations différentes qui seront fournies par le même centre. Dans un autre cas, la cellule pourra donner à une excitation qui sera assez forte pour vaincre l'inertie encore incomplète où l'a placée sa préparation minimale, une tonalité, un caractère particulier et faire ainsi que la sensation secondaire se présente cette fois à la conscience avec des caractères qui ne seront pas reconnus comme appartenant à la force initiale, qui a mis en jeu l'ensemble du phénomène. La sensation sera donc aperçue comme quelque chose d'indépendant du monde extérieur, quelque chose qui sera fonction du moi, ce seront les phénomènes de mémoire non reconnus pour tels et considérés par le sujet comme une production personnelle dont nous

©BIUM

avons fait plus haut la troisième catégorie des faits de mémoire. Qu'aucune cellule ne puisse transmettre une excitation sans la modifier dans le sens où elle est individuellement orientée, la preuve nous en est fournie par les cellules motrices, aucune excitation ne pourra leur faire rendre autre chose que du mouvement, et jamais elles ne répondront par une sensation. Or, ces variations dans la valeur dynamique des forces qui viennent mettre en jeu notre sensibilité, de quelque mode soit elle, par la syntonisation plus ou moins parfaite des cellules qu'elles traversent, permettent de saisir les relations que peuvent acquérir entre elles les excitations parties des points les plus différents, et comment un son peut éveiller une idée lumineuse, une odeur une idée sexuelle, etc. C'est à la mémoire, c'est-à-dire à l'orientation, particulière mais faible, des cellules des zones d'association qu'est dû ce phénomène et nous devons penser qu'entre deux centres aussi importants que ceux de l'audition et de la vision existent des séries de cellules, les unes dont l'orientation est plus adaptée à l'une de ces formes de sensation, moins à l'autre, constituant ainsi une série d'intermédiaires à travers desquels l'excitation se transforme peu à peu. Ces intermédiaires excités à d'autres moments par des vibrations, si nous osons employer le mot, parties d'ailleurs, et assez fortes, répondront en raison même de l'imperfection de leur adaptation, et transmettront à leur tour des éléments de force qui deviendront une image auditive ou une image visuelle, souvenirs inconscients d'acquisitions antérieures inaperçues à leur origine et qui seront pour le moi autant de créations personnelles.

Nous arrivons donc à concevoir la mémoire comme une propriété de la cellule, en tant que cellule et non en tant qu'élément du moi. Cette mémoire est le résultat d'une action d'un agent physique sur une masse

©BIUM

protoplasmique qui subit une modification proportionnée à l'intensité et à la durée de cette action. Mais il paraît tout de suite que certains groupes de cellules possèdent d'emblée chez l'homme l'adaptation nécessaire à la constitution d'une fonction ; en ce sens que ce sont toujours ou presque toujours les mêmes groupes qui président à telle ou telle de ces fonctions sans que l'on puisse les considérer comme interchangeables. Parmi ces éléments, les uns, dès les premières heures de la vie, nous fournissent la preuve d'une activité déjà spécialisée ; les autres sont seulement le lieu anatomique où se localisera une fonction, dont la fixation dans les premières années et la perfection, tenant à une facilité d'adaptation antérieure, semble-t-il, à la première sollicitation dont ils sont l'objet, permettront bientôt à la conscience d'en ignorer le jeu autrement que d'une façon schématique ou globale ; ces éléments deviendront donc le siège d'un automatisme plus ou moins parfait. Ils exerceront ainsi leur mémoire, c'est-à-dire leur faculté de réagir à des excitations particulières à l'exclusion de toutes autres, et de ne réagir que d'une seule manière, en donnant à la force qui leur est transmise une caractéristique dynamique spéciale.

L'existence de centres spinaux, de centres sympathiques, dont les fonctions sont antérieures à la naissance, l'existence de sentiments, indépendants de l'individu et communs à tous les membres d'une espèce, et même à un grand nombre d'espèces, auxquels on a donné le nom d'instinct, la localisation sur certains points de la substance grise, à peu près constamment identiques, de foyers cellulaires adaptés à des fonctions qu'il leur faut acquérir, mais dans lesquelles ils atteignent très vite une perfection qui ne se retrouve pas ailleurs, nous amènent maintenant à considérer la mémoire non seulement comme une fonction de la

©BIUM

cellule nerveuse, mais comme un caractère qui lui est propre et qui est pour ainsi dire indépendant du sujet de la structure duquel elle fait partie. En réalité, un homme n'est guère autre chose que la continuation de ses ascendants. De même que dans nos vignes les bouturages et les greffages successifs et indéfiniment répétés nous permettent de considérer tous les plants comme la prolongation directe d'une même souche, de telle manière qu'il n'existe à proprement parler qu'une seule ou un très petit nombre de plantes, dont les prolongements couvrent une surface immense, mais vieillissent non en raison de leur âge apparent, mais de l'âge réel qu'ils empruntent à leur origine commune, de même l'homme n'est pas un être isolé, mais, grâce à la greffe ou à l'excitation mécanique de la première cellule dont il est sorti, n'est en réalité que la suite de ses générateurs. L'espèce se continue ainsi directement et les éléments anatomiques innombrables dont chaque individu est formé restent chacun sous l'influence des caractéristiques nerveuses, harmoniques, etc., des individus précédents dans la série. La cellule reçoit ainsi dès sa formation des caractéristiques telles qu'elles comportent une mémoire, innée pour ainsi dire, mémoire cellulaire appartenant en propre à l'espèce et non plus à l'être envisagé isolément. Cette transmission d'une activité spécifique des futurs éléments cellulaires d'un individu au moment de la fécondation se constate à travers les différents sujets d'une même série dans un très grand nombre de cas. Les gestes qui semblent profondément raisonnés et qui sont exécutés par les descendants de certains insectes, qui n'ont pu en aucune manière bénéficier directement de l'expérience des ascendants, expriment cette hérédité d'adaptation, cette mémoire de la race, d'une façon parfaite. L'espèce sait; elle a acquis et conserve d'être en être, la mé-

©BIUM

moire des gestes qu'il faut faire pour surmonter certains obstacles, assurer certaines fonctions. L'individu n'a nullement la conscience nécessaire à l'interprétation de ce qu'il exécute. Il reste incapable de modifier quoi que ce soit au programme dont il renferme pour ainsi dire le souvenir.

La même chose peut se dire chez l'homme des fonctions de la moelle, des fonctions du grand sympathique, qui représentent des acquisitions de mémoire dont l'origine ne s'arrête pas nécessairement au premier sujet de la série humaine, ni même au premier des mammifères. Plus immédiate est la reproduction dans le descendant des caractéristiques structurales d'un ancêtre plus ou moins rapproché ; la disposition des tissus qui reproduisent ainsi un type déjà réalisé représente l'action d'une mémoire du système nerveux trophique, dont nous ne pouvons évidemment d'aucune manière saisir les conditions nécessaires, mais dont nous pouvons constater indubitablement les effets.

Cette mémoire des cellules, dont les fonctions resteront toujours ignorées de l'individu qui les porte, représente une forme de mémoire tout à fait opposée à celle que nous analysions tout à l'heure. Il n'y a cependant pas de solution de continuité dans la série des divers modes que peut revêtir cette faculté, et, de la mémoire la plus consciente et la mieux affirmée de l'acteur ou du savant à la mémoire automatique de l'insecte, la transition peut être suivie pour ainsi dire pas à pas.

Mais, si les faits peuvent être ainsi valablement enregistrés, non seulement par l'individu, mais par l'espèce ou les espèces successives, il devient difficile de faire de la mémoire une fonction cellulaire. La cellule constitue un organisme trop complexe, trop parfait,

©BIUM

pour être seule en cause et ce sont les éléments qui concourent à sa composition, à son développement, qui seront, plutôt qu'elle-même, chargés de transmettre cette mémoire héréditaire. Au lieu de borner l'analyse à ce que nous constatons quand cette fonction est définitivement organisée, nous sommes amenés à penser que des éléments plus simples suffisent à en assurer le mécanisme, et sans parler ni de molécule ni d'atome, ce qui ne serait que reculer une limite que nous n'avons pas le droit de fixer, nous arrivons à dire que la mémoire est une propriété de la matière. Elle se rattache à des modifications dynamiques de la matière et paraît se transmettre dans des conditions qui sont plutôt des rapports de forces que des dispositions anatomiques. La cellule est orientée et agit non en raison de sa structure, mais comme un réservoir d'énergie, et cette conception permet de comprendre comment elle peut ajouter à l'élément mécanique fourni par l'excitation la quotité spécifique qui conditionne d'une façon nécessaire et suffisante le phénomène de mémoire.

L'idée que cette mémoire dépend moins d'une organisation moléculaire que d'une modification de potentiel, le fait qu'elle conditionne dans certaines espèces des actes qui semblent résulter d'une expérience lentement acquise par la race et non par l'individu, nous permettent même de nous demander si ses manifestations ne s'étendent pas à tout le règne de la cellule, et si elle ne constitue pas la fonction la plus ancienne et la plus immédiatement en rapport avec les phénomènes qui ont présidé à l'éclosion de la vie. La mémoire serait ainsi beaucoup moins un apanage de l'homme et des animaux supérieurs qu'une propriété de la matière vivante. Nous ne la connaissons comme un élément de conscience que dans les cas où la date récente et l'instabilité de ses acquisitions leur imposent ce caractère d'imperfection

©BIUM

que nous avons montré être la cause nécessaire et suffisante de cette conscience.

Plus spécialement en ce qui nous concerne nous sommes amenés à ne chercher nulle part un centre anatomique de la mémoire, mais à combattre au contraire toute notion de ce genre. Nous devons croire que la mémoire appartient en propre à tous les éléments du système nerveux et que la seule différence qui existe entre ces éléments est que pour certains d'entre eux l'orientation dynamique appartient à la vie de l'individu; pour les autres, au contraire, il n'y a d'adaptation fonctionnelle spécifique qu'au fur et à mesure de la myélinisation de leurs prolongements, qu'au fur et à mesure par conséquent qu'ils naissent à la vie physiologique. La richesse de ce développement dans les premières années, son ralentissement progressif avec l'âge, son arrêt vers l'âge mur, constituent un schéma qui se superpose assez exactement à ce que nous observons de la facilité et de l'abondance des acquisitions dans les premières périodes de la vie et de leur rareté, de leur difficulté et de leur instabilité progressive au fur et à mesure que l'âge s'avance.

(*A suivre.*)

©BIUM

Pathologie.

ÉTATS CONFUSIONNELS ET ANXIEUX CHEZ LE COMBATTANT [1]

Par le Dr Raymond MALLET

Ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté.
Chef du Centre psychiatrique de la ...e armée.

De nombreux articles se sont déjà multipliés au cours de cette guerre dans lesquels on définit le rôle des centres psychiatriques d'armée, on rend compte de leur fonctionnement, on étale d'éloquentes statistiques. Parallèlement la littérature médicale s'est enrichie d'observations de psychoses de guerre où les troubles dits commotionnels tiennent une place prépondérante due à ce fait que de tels accidents étaient ignorés avant la guerre et aussi à ce qu'ils intéressent à la fois neurologistes et psychiatres. Les notes de psychiatrie pure sont plus rares, sans doute parce qu'il s'agit en grande partie de psychoses déjà connues, dans le développement desquelles la guerre n'a joué le plus souvent qu'un rôle occasionnel, et que les troubles qui semblent liés d'une manière plus directe aux conditions mêmes de la guerre demandent, pour être étudiés sérieusement, le recul du temps qui permet à la fois de suivre leur évolution à longue échéance et de multiplier les exemples.

Toutefois, la fréquence chez le combattant d'états confusionnels ou anxieux, apparaissant vraiment comme accidents de guerre, revêtant une allure clinique spé-

(1) Publication autorisée.

©BIUM

ciale, et dont nous avons pu suivre l'évolution jusqu'à guérison pour le moins apparente, autorise certaines remarques.

M. Régis a déjà insisté sur les psychoses de la bataille qui se traduisent par des symptômes de confusion mentale et d'amnésie avec ou sans onirisme hallucinatoire (1); chez les malades que nous avons en vue, les accidents surviennent aussi bien en dehors du champ de bataille, au cantonnement de repos, que dans la tranchée, sous le bombardement; le début est brusque, le syndrome confusionnel est à peine ébauché, et d'emblée le malade tombe dans un état d'automatisme qui rappelle l'état second de l'épilepsie ou du somnambulisme dont il se rapproche encore par l'amnésie consécutive. Amnésie en général lacunaire ne portant que sur la période de rêve, mais qui peut être rétrograde, orientée alors par celui-ci. En voici un exemple :

Obs. I. — To... (Pierre), âgé de trente-six ans, du N[e] régiment d'infanterie, arrive au centre de psychiatrie le 15 mars dernier. Nous n'avons aucun renseignement sur lui et il est incapable de nous en fournir. Il a l'aspect égaré du confus, dit son nom, mais ni son âge, ni la date, ni son régiment. Il se croit à Villefranche, à l'hôtel, venant de charrier des pommes de terre dans les environs. La journée, il est calme.

Le lendemain, même attitude que la veille, To... ne nous reconnaît pas, dit qu'il vient d'arriver à l'hôtel, répond comme précédemment.

Même état jusqu'au 21; pour la première fois, ce jour-là, To... nous accueille par ces mots : « Bonjour, monsieur le major »; il sait qu'il est à l'hôpital, mais il croit venir de chez lui et avoir quitté sa femme tout récemment, ne sachant quand et comment il est arrivé ici. A partir de ce moment, il « fixe », s'oriente, s'informe; le lendemain il nous reconnaît, mais ne peut croire à la guerre, s'étonne quand on lui dit qu'il est

(1) Régis. Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre. *Presse Médicale* du 27 mai 1915, n° 23, p. 177.

©BIUM

soldat. Tous les souvenirs antérieurs à la guerre sont précis et il n'y a rien à en retenir. Un de ses camarades de régiment avec lequel il a fait toute la campagne, vient le voir, lui rappelle ce qu'ils ont vécu ensemble : To... ne reconnaît pas son ancien compagnon d'armes, ne se souvient de rien.

Nous apprenons ainsi que To... n'a jamais présenté le moindre trouble mental, même dans les périodes de fort bombardement, et que les accidents actuels ont débuté au cantonnement de repos.

Le 31 mars, réapparition du premier souvenir sur la guerre : « Il me semble me rappeler le jour de la mobilisation, je transportais des pierres, le tambour est passé, les cloches ont sonné, tout le monde s'est rassemblé sur la place en disant : c'est la mobilisation. Ça m'est venu en pensant à un camarade avec qui je transportais la pierre et je ne sais pas ce qu'il est devenu. » To... ne voit pas ce qui a suivi, mais très bien ce qui a précédé; il ne croit pas que ce soit bien lointain.

Le 11 avril, il se rend compte qu'il est soldat, alors qu'auparavant, il ne pouvait le croire; il se souvient qu'il a laissé sa femme au pays, aux environs de Villefranche, qu'il a quitté le onzième jour de la mobilisation.

Les jours suivants, les souvenirs reviennent par bribes; To... « retrouve » son régiment, ses camarades, certains faits de la guerre; en dehors de son amnésie, il ne présente pas de signes nets d'affaiblissement intellectuel. Son état général, très déficient à son arrivée à l'hôpital, avec amaigrissement marqué, légère élévation de température, oligurie, mauvais état digestif, est excellent. Le 14 mai, To... part en convalescence; on n'a pas eu de ses nouvelles.

Ainsi l'amnésie rétrograde ne se dissipe que lentement, contrairement à l'état confusionnel onirique dont le malade sort brusquement comme d'un rêve qui ne laisse aucun souvenir. Cette orientation de l'amnésie rétrograde par le délire est fréquente, et certains malades, à la suite d'un délire à thème guerrier, ont oublié tout ou partie de leur moi civil. Chez le malade dont l'observation suit, l'amnésie a été au contraire purement lacunaire, n'intéressant que la période onirique.

©BIUM

Obs. II. — Co... (Jacques), vingt et un ans, du N^e^ régiment d'infanterie, arrive dans le service le 2 avril dernier. Il vit un rêve dont il est très difficile de le faire sortir, même d'une façon momentanée. « Ton nom? — Général Co... — Ton âge? — Cinquante-huit ans... — En quelle année es-tu né? — En 1895. — En quelle année sommes-nous? — En 1915. — Quel est ton régiment? — Je n'ai pas de régiment, je suis général des armées d'Orient. » Et Co... raconte la scène onirique suivante : il était dans un bois, le général Joffre arrive à cheval, met pied à terre (le général portait une culotte rouge et une veste noire), vient à lui et le nomme général des armées d'Orient; lui-même est venu ici dans un château pour se reposer et il doit partir le lendemain à Salonique. Par moments, Co... prend une attitude hallucinatoire; on l'interroge : il est dans la boue avec des camarades qui portent des pelles; sur la route s'avancent deux cavaliers avec lesquels il s'entretient et qui décident de le suivre en Orient. Le lendemain, on trouve Co... à cheval sur son lit, drapé dans sa couverture et faisant des gestes de commandement.

Un autre jour, il écrit une proclamation à ses troupes : « Soldats de l'armée d'Orient, le général Joffre m'a nommé votre général en chef, j'espère que chacun fera son devoir. Avant l'assaut, chaque homme touchera un quart de pinard et des petits beurres. Plus tard, on dira de vous : il était de l'armée d'Orient. Signé : Général Co... »

Le 6 avril, Co... se réveille à l'hôpital, s'oriente, il croit être arrivé de la veille, il ne sait pourquoi, il vient de H... où il était au repos avec son régiment, nullement bombardé; il se rappelle sa dernière journée au cantonnement, la grande lassitude qu'il éprouvait alors, et sa visite au médecin-major; puis, plus rien jusqu'au jour actuel.

Ses souvenirs antérieurs sont précis. Son père est mort d'hémorragie cérébrale, sa mère de suites de couches; il est l'avant-dernier de quatre enfants bien portants. Il n'a jamais été malade avant la guerre et depuis n'a été évacué que quelques semaines, en avril 1915, pour congestion pulmonaire. Aucun antécédent épileptique ou alcoolique, renseignements d'ordre négatif confirmés par le régiment.

Arrivé dans un état de dénutrition marqué avec légère élévation de température et langue sale, Co... part en convalescence le 22 avril. Il nous a écrit. Aucun incident depuis cette époque.

©BIUM

Les états analogues à ceux de To... et de Co... sont relativement fréquents chez le combattant, alors qu'avant la guerre on les rencontrait exceptionnellement, et dans l'épilepsie et les délires infectieux plutôt que dans le délire d'épuisement (1) ; leurs conséquences médico-légales, fugues, abandons de poste, ajoutent encore à leur intérêt.

Enfin, à leur propos, nous rappellerons la fréquence du rêve, du somnambulisme même, chez le combattant, et que « l'onirisme hallucinatoire est la règle dans tous les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre » (Régis). C'est pourquoi nous nous sommes demandé si les conditions de la guerre de tranchées ne favorisaient pas chez le combattant qui subit de longues veilles pendant lesquelles il reste la plupart du temps aux aguets, à moins qu'il n'évoque les images qui lui sont chères de la famille, du pays natal, une sorte d'exaltation de l'automatisme psychique ; cet automatisme, s'accentuant à mesure que les facultés de contrôle diminuent du fait de la fatigue, du surmenage, se manifesterait, quand celles-ci viennent à disparaître pour une cause physiologique ou pathologique sous la forme d'hallucinations hypnagogiques, de somnambulisme ou de délire onirique (2).

A côté de ces états confusionnels, certains états anxieux, apparus dans les mêmes conditions, ont aussi attiré notre attention (3). Il ne s'agit pas là d'accidents mélancoliques, psychasthéniques ou d'ordre commo-

(1) Ph. Chaslin. La confusion mentale. *Annales médico-psychologiques*, juillet-août et septembre-octobre 1915.

(2) R. Mallet. Troubles psychiques et hallucinatoires chez le combattant. *Réunion médicale de la IV^e Armée*, 3 décembre 1915. — A. Gilles. Etude sur certains cas de neurasthénie et à leur propos sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu. *Annales médico-psychologiques*, avril et juillet 1916.

(3) R. Mallet. Etats anxieux. *Réunion médicale de la IV^e Armée*, 16 juin 1916.

©BIUM

tionnel. Sans cause apparente, sans que rien dans les antécédents du malade, en général sur le front depuis plusieurs mois, n'en ait pu faire prévoir le développement, un état anxieux se déclanche brusquement.

Dans quelques cas, l'état anxieux persiste à l'état isolé pendant plusieurs jours, puis disparaît comme dans l'observation suivante.

Obs. III. — Ra... (François), vingt-cinq ans, du N^e régiment d'artillerie où il est depuis la mobilisation, entre dans le service le 2 mai dernier. Son regard interrogateur, le geste stéréotypé des mains qu'il frotte l'une contre l'autre, ses soupirs, ses réponses monosyllabiques dites d'une voix haletante, tout dans son attitude traduit l'inquiétude. Il est bien orienté, ne manifeste aucune idée délirante : il n'avait pas d'ennuis au régiment, pas de soucis familiaux, il ne se trouve pas malade, et pourtant il est « malheureux, tout drôle ». Rien à noter dans ses antécédents avant et pendant la guerre : cultivateur, fils unique, célibataire, parents normaux ; pendant la campagne, il n'a subi aucun trouble commotionnel, aucun shock émotif, même dans les derniers temps. « Cela ne va pas depuis un mois, je me fais du mauvais sang sans savoir pourquoi. Je suis inquiet de me sentir comme cela. »

Intelligence moyenne, pas de symptômes généraux marqués, pas de fièvre, pas d'état gastrique net ; le malade se plaint seulement d'une grande lassitude, a l'aspect fatigué. État stationnaire quelques jours. Amélioration rapide. Le 23, Ra... part en permission.

Dans d'autres cas, sur ce fond primitif anxieux se greffe une sorte de *doute morbide* : le malade s'informe, demande s'il va lui arriver quelque chose, se défend d'avoir été coupable, a besoin de l'appui moral du médecin.

Chez certains, le doute se précise et l'anxiété s'accompagne de *préoccupations :* hypocondriaques, familiales ou d'ordre militaire.

Enfin, la *préoccupation* peut devenir *idée délirante* et le malade présente alors un syndrome complexe où

©BIUM

domine l'anxiété à laquelle s'ajoutent des idées délirantes polymorphes de culpabilité, de persécution, mystiques, et parfois des hallucinations ou plutôt des pseudo-hallucinations.

Obs. IV. — Ca... (Pierre), trente-six ans, N^e régiment d'infanterie, sur le front depuis dix-sept mois, arrive à l'hôpital le 9 mars 1916 dans un état d'anxiété survenu spontanément, en dehors de toute commotion. On le trouve assis sur son lit, le regard implorant, remuant sans cesse ses mains, s'accrochant aux vêtements quand on l'approche.

On va le fusiller, il l'a entendu dire, cette nuit encore, il ne sait pas par qui ; pourtant, il n'a rien à se reprocher. Nos paroles le rassurent. Bonne orientation. Aspect fatigué, pas de fièvre, pas de signe d'éthylisme. Les jours suivants, il se plaint toujours d'être menacé : il entend une voix « par les oreilles ou dans la tête » ; il manifeste quelques idées mystiques : il dit son chapelet ; un jour il voit devant lui le Christ : ses explications montrent qu'il s'agit de l'extériorisation d'une image représentant le Christ sur la croix le cœur ouvert. La visite du médecin le soulage toujours.

Le 21 mars, il est évacué, quoique amélioré, sur l'intérieur, et quinze jours après on reçoit de lui un mot qui nous apprend qu'il est sorti guéri de l'hôpital.

Obs. V. — Mo..., quarante et un ans, maréchal des logis, N^e train des équipages, est envoyé au centre neurologique le 12 avril pour des douleurs vagues du membre inférieur droit. Rien dans ses antécédents. Paraît inquiet, mais ne se plaint pas. Son état mental se révèle au bout de quelques jours dans une lettre qu'il écrit à l'aumônier pour lui annoncer « qu'il va lui arriver quelque chose de mal, et qu'on prévienne sa femme, qu'il n'a pu aller jusqu'au bout de son devoir, que c'est à elle de continuer », etc.

Interrogé à ce sujet il dit qu'il est coupable.

En quoi? Il n'a pas fait son devoir parce qu'il s'est fait porter malade et a été évacué alors qu'il n'était pas assez malade pour cela. Il craint de passer en conseil de guerre, attend la mort, se frappe la poitrine, récite son chapelet à haute voix, mais se sent apaisé quand on le réconforte et promet de rester calme et d'obéir. Il est bien orienté, présent au milieu. Aspect fatigué, pas de signes physiques nets en dehors d'une

©BIUM

hypotension artérielle marquée, d'une grande asthénie musculaire.

De temps à autre le sentiment de sa culpabilité ou de sa fin prochaine le reprend, il demande le médecin qui le rassure.

Un matin il nous dit avoir vu Dieu qui s'est manifesté à lui « sous la forme d'une flamme qui est entrée par le cœur et sortie par l'épaule ».

Il s'inquiète de sa famille, craint de ne jamais la retrouver. Le 20 avril, il nous accueille par ces mots : « Vous me tranquillisez, mais sitôt que vous m'avez persuadé, il faut que je trouve autre chose qui m'inquiète. »

Le 10 mai, il est nettement amélioré, moins anxieux, il s'occupe de ce qui se passe dans la salle, fume, etc...; mais, voyant qu'on électrise certains de ses camarades, il dit se rappeler avoir été électrisé lui aussi, surtout la nuit; « une fois, on lui a fait une décharge qui, entrée par le cœur, est ressortie par l'épaule » (à rapprocher du trouble cénesthésique interprété comme une manifestation de Dieu).

Le 20 mai, il nous dit qu'il voit bien qu'il « se trompait, qu'il n'avait plus la tête à lui », mais il demande encore notre avis à ce sujet.

Le 5 juin, il sort guéri avec un congé de convalescence d'un mois. Une carte, récente, nous le montre bien portant.

Ainsi ces états anxieux se différencient nettement des accès de dépression mélancolique que nous voyons à côté d'eux; les premiers surviennent sans aucun antécédent, le malade n'offrant même pas la constitution émotive qu'on trouve chez certains commotionnés (1); les seconds ont déjà été précédés souvent d'accès antérieurs de dépression ou d'excitation psychique; la douleur morale du mélancolique est plus profonde, moins physique si l'on peut dire, que l'anxiété de nos malades; chez les mélancoliques les idées délirantes sont fixes, monotones et n'ont rien de l'instabilité, du polymorphisme de celles de l'anxieux; l'évolution rapide vers

(1) R. Mallet. Troubles d'origine émotive chez le combattant. *Réunion médicale de la IV^e armée*, 28 janvier 1916.

©BIUM

la guérison qui semble la règle chez celui-ci, est l'exception chez celui-là.

Comme les états confusionnels que nous avons vus, ces états anxieux semblent bien consécutifs aux fatigues de la vie du front ; ils sont liés à un état organique un peu particulier ; il s'agit bien de malades épuisés, mais chez lesquels on ne trouve pas d'état fébrile, si léger soit-il, de phénomènes gastriques, urinaires, comme chez les confus ; l'anxieux est surtout un ralenti, il présente une profonde asthénie musculaire, une grosse hypotension artérielle, tous symptômes rappelant ceux de l'insuffisance surrénale, mais transitoires.

Ce sont bien là, confus et anxieux, des malades de centre psychiatrique d'armée, accidentés psychiques de la guerre, auxquels on évite l'asile, on procure un repos et un isolement précoces, facteurs d'une guérison rapide qui permet de conserver les effectifs sur le front.

©BIUM

APOPLEXIE, ASTHÉNO-MANIE, APHASIE

ET PARALYSIE GÉNÉRALE

Par les Drs R. BENON et M. LEINBERGER,
Hospice Général de Nantes.

Le diagnostic différentiel entre l'asthéno-manie post-apoplectique simple et la paralysie générale avec euphorie et manie est un des diagnostics les plus difficiles de la pathologie mentale. Voici un fait qui a donné lieu à une erreur et qui, en raison de son évolution spéciale, offre un intérêt pratique véritable.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — *Tourneur sur métaux, syphilitique et alcoolique, trente-neuf ans en 1900. Le 27 décembre de cette année, attaque apoplectique et crises d'épilepsie bravais-jacksonienne du côté droit. Asthéno-manie avec aphasie. Placement à l'asile le 1er février 1901 : sortie le 30 mai 1901. Guérison de l'excitation hypersthénique ; pas d'affaiblissement intellectuel. Reprend l'exercice de sa profession et s'en acquitte parfaitement durant dix ans : seuls persistaient de légers troubles dysphasiques et dysarthriques. Le 17 octobre 1911, ptosis de l'œil droit et diplopie, mais ne cesse d'aller à l'atelier que le 9 juillet 1913. Entre temps, affaiblissement intellectuel lentement progressif. Attaque apoplectique le 17 juillet 1913. Asthéno-manie. Placé à l'asile le 26. Etat maniaque très net; affaiblissement psychique partiel ; aphasie sensorielle et motrice. Hémiparésie droite. Troubles pupillaires. Dysarthrie. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Evolution : état stationnaire durant plusieurs mois. Ictus et décès le 25 décembre 1913.*

Joseph-Jean Marie, cinquante-deux ans (1913), tourneur sur métaux, entre à l'Hôpital Général de N..., la première fois le 1er février 1901, la seconde le 25 juillet 1913.

I. — Première phase de la maladie. — Le 27 décembre 1900, le malade présente une légère attaque apoplec-

©BIUM

tique suivie de crises d'épilepsie bravais-jacksonienne, localisées à la partie droite du corps. Durant la semaine qui précède ces accidents, survenus brusquement, ses camarades d'atelier avaient remarqué qu'il gâchait sa besogne, qu'il était fatigué, abattu. Après cette attaque et ces crises, il reste inerte pendant environ quinze jours : il ne bougeait pas dans son lit, regardait stupidement devant lui, ne parlait pas, mangeait peu et pas seul ; pourtant il reconnaissait les personnes de son entourage ; il était paralysé du côté droit. Progressivement, il se montre plus vigoureux et bientôt même excité ; l'hémiplégie disparaît, mais la parole ou plutôt le langage est troublé, difficile. Il discourt, il exalte sa force, sa santé, il chante, rit, cherche à se lever ; il ne dort plus. A cette agitation maniaque paraît s'être ajoutés, mais tout à fait épisodiquement, des phénomènes d'anxiété en relation avec des hallucinations ou des illusions : il croyait que des gens pénétraient chez lui pour l'attaquer, il voyait courir sur ses vêtements de petits animaux, des puces, des poux. L'excitation hypersthénique grandit, il devient violent ; le 1er février 1901, on le conduit à l'asile.

ÉTAT ACTUEL (2 *février* 1901). — D'après les notes de l'observation du médecin de cette époque, le malade a de l'agitation, il est euphorique, satisfait, et il a de l'aphasie. Le diagnostic de paralysie générale est porté par un neurologiste et par le médecin de l'asile. Voici quelques renseignements au sujet de son aphasie : « Il prend un mot pour un autre et ne peut exprimer sa pensée ; il se fâche parce qu'il ne peut pas parler et se faire comprendre. » De plus, prié de recopier : « Vu la loi du 30 juin 1838 », il écrit : « l'une d'une avoir nul il y a moi ». On insiste ; pour « Vu la loi », il transcrit : « plus a ». Pour « municipale », il écrit très nettement : « document ». Et encore, on lui dit d'écrire : « Je ne suis pas malade », il trace : « edvergennerment ».

On note des tremblements de la langue et des lèvres, de la dysarthrie (mâchonnement de la parole, redite de syllabes), de l'hésitation de la marche, de la diminution de l'acuité visuelle. Les pupilles sont égales et leurs réflexes conservés.

18 février. Le malade a été très agité. Au début de son séjour à l'asile, il est parvenu à démolir un mur de sa cellule. Actuellement, et depuis une huitaine de jours, il est plus calme et s'améliore. Son état physique est satisfaisant. Diminution évidente des troubles du langage et de la dysarthrie.

Évolution. — Le malade continue à s'améliorer ; l'agitation

©BIUM

maniaque et l'euphorie s'atténuent progressivement ; les troubles du langage et de la parole sont de moins en moins perceptibles. L'écriture, notamment, est normale. Les pupilles sont égales, mais réagissent faiblement. Le malade fait quelques sorties dans sa famille, et enfin, le 30 mai 1901, il quitte l'asile.

II. — Antécédents. — Père mort de tuberculose, à trente-sept ans, en 1873. Mère décédée à soixante-neuf ans : elle était « paralysée ». Elle a eu treize enfants. Sept sont morts, dont six jumeaux en bas-âge et une fille à trente et un ans ; celle-ci a succombé en cinq minutes à une « congestion » : depuis longtemps, elle souffrait de maux de tête. Six sont vivants : le malade a cinq sœurs mariées et bien portantes.

Personnellement, il n'aurait jamais eu de maladie grave dans son enfance ni dans sa jeunesse. Intelligent, instruit, il a eu son certificat d'études primaires ; il exerce le métier de tourneur sur métaux depuis l'âge de treize ans. Il passait pour avoir un caractère doux et insouciant. Il n'a pas accompli son service militaire, en ayant été dispensé comme fils aîné de femme veuve. Marié à vingt ans, en 1881, sa femme a eu quatre enfants : le deuxième et le troisième sont morts en bas âge ; le premier et le quatrième, un garçon et une fille, sont bien portants et âgés, en 1901, de dix-huit et dix ans. *Buveur* et débauché, il a divorcé en 1896 ; vers cette époque, probablement en 1894 ou 1895, il a contracté *la syphilis*. Nous verrons qu'il s'est remarié le 26 décembre 1901 : sa seconde femme n'a pas fait de fausse couche et elle n'a pas eu d'enfant.

III. — Longue période rémittente (1901-1911). — Cette longue rémission pourrait presque être dite pratiquement longue période d'état normal. En septembre 1901, le malade, travailleur aux pièces, reprend son ancienne place à l'atelier, et, à la fin de décembre de la même année, il se remarie ; son patron déclare qu'il présentait une capacité professionnelle égale à celle de ses camarades, et il gagnait, du reste, le même prix qu'eux. Les personnes de l'entourage du malade remarquaient cependant que, par moments, il avait une légère difficulté pour exprimer certains mots, ou qu'il les disait à l'envers ; qu'il comprenait mal les questions complexes, ou enfin qu'il suivait avec peine une conversation rapide ou changeante. Il n'avait ni perte de la mémoire, ni modifications du caractère, ni altération des fonctions génitales. Cet état de santé parfaite, à part les quelques troubles signalés, a duré jusqu'au 17 octobre de l'année 1911, et cela sans traitement mercuriel.

©BIUM

IV. — Deuxième phase de la maladie. — C'est cette deuxième phase de la maladie que nous avons observée personnellement.

A. Début. — Brusquement, sans prodromes, le 17 octobre 1911, il présente du ptosis de l'œil droit et de la diplopie. Il cesse de travailler environ six semaines; pendant ce temps, son médecin lui fait faire des frictions hydrargyriques aux bras et aux cuisses.

Depuis cette époque (novembre 1911), sa femme a constaté que, par intervalles, il avait des absences de mémoire — sa fille était tenue de rectifier ses comptes — et qu'il parlait beaucoup plus difficilement; à l'atelier aussi, il travaillait de moins en moins et ses pièces laissaient à désirer: son salaire, de 65 francs par quinzaine, était tombé à 50, à 40, enfin à 26 francs. Le malade s'en rendait compte, et parfois, les jours de paye, cela le faisait mettre en colère. A la fin de janvier 1913, il maigrit et se plaint vivement de douleurs dans les reins. Il était aussi plus faible du côté droit et traînait la jambe. Il n'a cessé, cependant, d'aller à l'atelier que le 9 juillet de cette même année.

A partir de cette date (9 juillet 1913) jusqu'au 17 de ce mois, il est abattu et comme égaré, perdu, causant à peine, mais reconnaissant les siens. Il mangeait et dormait bien. On le sortait un peu dans la rue.

Le 17 octobre, au matin, à onze heures, il sort seul; il paraissait mieux; il devait aller trouver sa femme qui travaillait dans un marché voisin. Il s'égare. On le retrouve dans le quartier, à midi et demi, appuyé le long d'un mur, presque complètement paralysé du côté droit, ne sachant pas où il était, parlant de son travail, disant qu'il fabriquait un boulon, etc. Ramené chez lui dans une voiture — car il n'aurait pas pu marcher — il écumait de la bouche; à peine couché, progressivement, il perdit connaissance et resta dans cet état, avec gâtisme, durant vingt-quatre heures.

Le 18 octobre, au soir, il commence à revenir à lui, pendant que sa femme est occupée à le laver. Il reconnaît son fils. Dès cette nuit, il dort mal, se met à causer, quoique avec difficulté, mais ne cherche pas à se lever.

Le 19 octobre, il est toujours hors de son lit et on parvient avec peine à le persuader de se recoucher. Il remue bien ses membres du côté droit. Très vite, il devient capable de manger seul. La nuit est mauvaise, il ne dort pas, il veut sortir, il désire aller au travail.

©BIUM

Le 20, même état. Dans la nuit, sous l'influence du chloral et du bromure, il dort.

Les jours suivants, l'agitation est de plus en plus marquée. Les mains « marchaient » sans cesse ; il n'arrêtait pas jour et nuit de causer, de crier et de chanter aussi, mais on comprenait mal ce qu'il disait ; il parlait surtout de son travail, de l'atelier, de son tour qu'il disait même être au pied de son lit. Il était très difficile de fixer son attention. Comme certains maniaques, il avait des fausses reconnaissances, disait que son fils était son patron, que le médecin était un de ses voisins ou bien son contremaître. Optimiste, heureux, disposé à rire, il disait son compte à tout le monde. A la fin, il jurait, se mettait en colère.

Le 25, en raison de son agitation intense et durable, sa famille l'amène à l'asile d'aliénés.

B. ETAT ACTUEL (*26 juillet 1913*). — Le tableau clinique est constitué à la fois d'éléments dyssthéniques, dysphréniques et dysphasiques.

Phénomènes maniaques. — L'excitation maniaque ou hypersthénique frappe d'emblée l'observateur. Le malade apparaît souriant, décidé, il parle et gesticule d'abondance. « Oh ! non, je ne suis pas malade. J'ai été mal fichu, je ne pouvais pas prononcer, c'était le plus embêtant. (*Il rit.*) N'oubliez pas comment ils sont placés. (*Il parle spontanément.*) Il y en a qui sont payés dix-huit ou vingt-deux sous, je ne me rappelle plus... Oui, vingt-quatre peut-être. Regardez bien. (*Il compte sur les doigts.*) Soit, vingt ou vingt-cinq, mettons vingt et un. Là-dessus vous pouvez marquer quatre pièces... naturellement... à peu près dans les vingt sous, non quarante sous. (*Il rit.*) Ça peut aller, c'est bon comme ça... Et puis je ne sais pas ce qu'il y a encore..., puisque vous avez la feuille. (*Cherche sur la table.*) C'est là-dessus, c'est la dernière caisse... Ah ! il y a peut-être quatre classes de pièces. Je vous paierai demain soir, ça ira... Le patron lui-même..., le patron doit avoir les deux... J'ai été ce matin boire un coup avec mon frère (faux naturellement et d'autre part le malade n'a que des beaux-frères)... Je pourrais vous l'apporter demain matin... Ça fait combien que vous comptez? (*Il prend un cahier sur la table, déplace divers objets.*) J'avais quatorze... Je ne me rappelle plus ce que c'est... Je dois avoir encore un compas. Je l'aurais laissé, ça peut arriver. (*Il cherche dans ses poches.*) J'ai trois sous ; non, je n'ai rien, c'est drôle ça. J'ai tout laissé à ma

©BIUM

femme. (*Il rit.*) Il y a encore deux jours, non un jour (s'il s'arrête, il suffit en cessant d'écrire de le regarder pour que de suite la logorrhée reparaisse)... C'est bon, c'est de bonnes pages d'écriture, comme nous en avons à l'usine. (*Il considère nos écrits.*) Je lui demanderai des explications. Je lui parlerai directement... C'est mademoiselle qui partage cela. (*Sa fille fait ses comptes.*), etc., etc. »

Il y a quelques fausses reconnaissances ; il dit à l'infirmier : « Eh bien, vous ne travaillez plus chez Pérochet? »

Euphorique, bien disposé, il ne s'énerve pas ni ne se fâche durant tout l'interrogatoire. (*Il n'exprime pas d'idées de grandeur ni de richesse.*)

Affaiblissement intellectuel. — On constate une diminution certaine de la mémoire. Il commet des erreurs, particulièrement sur les dates ; il n'arrive pas toujours à se corriger quoiqu'on lui en donne le temps et même quoiqu'on l'aide à se retrouver.

Il ne parvient pas à dire l'année actuelle, le mois, la date, le jour. Il n'évoque presque jamais exactement la date de sa naissance (28 octobre 1861) : il parle de 1870, de 1875. Il est exceptionnel qu'il trouve son âge : il dit cinquante, cinquante-deux, cinquante-cinq..., trente-trois quelquefois. Mais aussi ces erreurs dépendent en partie de ses troubles aphémiques. Il s'est marié deux fois, la première à vingt ans (*il dit vingt-trois*), la seconde à quarante. (*Il se trompe toujours grossièrement au sujet de ce second mariage.*) Il dit exactement qu'il est resté quinze ans avec sa première femme et qu'ils ont eu quatre enfants dont deux sont morts. Il ne peut préciser en revanche quand il est venu à l'asile la première fois.

Il est capable de dire où il est à ce jour, où il est né, mais il ne saurait donner son adresse actuelle.

Le malade se rend partiellement compte de ses troubles de la mémoire et s'affecte de son état ; il se montre plus préoccupé encore par son aphasie qui le gêne pour s'exprimer et pour bien saisir les paroles prononcées autour de lui.

Troubles du langage. — Ce sont des troubles portant à la fois sur l'expression et la compréhension verbales.

Surdité verbale. — Le malade ne comprend que les questions simples et il ne les comprend pas toujours. Il les comprend naturellement beaucoup mieux si l'observateur accompagne son langage parlé de langage mimique.

Ainsi il est debout, on lui commande de s'asseoir ; il s'assoit

©BIUM

bien. Quelquefois pourtant il faut lui répéter l'ordre trois et quatre fois. Il en est de même pour : se lever, tirer la langue, fermer les yeux, etc.

On dispose une chaise dans le milieu de la salle, on allume une bougie sur la table et on lui dit : « Vous allez vous lever, faire le tour de la chaise et éteindre la bougie. » On le lui explique plusieurs fois, il rit, gesticule de la main droite, répond par des phrases toutes faites : « ça ira... ça va bien... ça se passera... c'est tout à fait cela », mais il n'exécute toujours pas l'ordre. A la fin pourtant et probablement grâce à certains gestes qu'on a accomplis, il se lève et éteint la bougie.

Et encore, on lui dit : « Levez-vous, prenez le porte-plume, écrivez votre nom et votre prénom. Répétez ce que j'ai dit. »

R. Oh! bien sûr, c'est facile, j'ai compris. (Mais il ne bouge pas. C'est en vain qu'on attend). On répète.

D. Levez-vous, prenez le porte-plume, écrivez votre nom et votre prénom.

R. Oui, mon nom et mon prénom. (Mais il ne s'exécute pas. Il reste même assis. On répète encore. Il dit : « Oui, oui, je le ferai... Ma fille va le faire. » Sa fille faisait ses comptes. L'épreuve reste toujours négative.)

Cécité verbale. — Il lit quelques mots mais péniblement. Les mots qu'il lit sont bien prononcés. Il lit par exemple les mots : Hommes (sur un bon de l'hôpital), Le Roy, mardi 26 juillet (sur un calendrier), etc. Il n'est pas possible de lui faire exécuter un ordre qu'on écrit très lisiblement devant lui.

Aphasie motrice. — Il est prié de nommer les objets qu'on lui présente et qu'on lui donne à toucher et à examiner. Par intervalles on le laisse se reposer.

D. Clef?

R. C'est une clef... C'est peut-être bien la clef de commande (*Allusion à son métier*).

D. Bouteille?

R. C'est une bouteille quelconque.

D. Savon?

R. C'est du savon.

D. Boîte?

R. Je sais ce que c'est, je ne me rappelle pas. (Il ne parvient pas à la nommer.)

D. Timbre?

R. Je sais ce que c'est. (*Il rit.*) C'est un nennain, un pied à coulisse.

©BIUM

D. Bougie?

R. Réponse immédiate et juste.

D. Pièce de dix centimes?

R. C'est deux sous.

D. Sonnette?

R. C'est une cloche.

D. Porte-plume?

R. C'est un crayon... — Non. — Alors je ne sais plus ce que c'est. Je vous dirais que c'est un copeau et puis c'est tout.

D. Marteau à réflexes?

R. C'est un pesse... pour pincer quelque chose, je te le dis. (*On insiste.*) Je ne connais pas ça... j'en ai pourtant vu une couple... j'en ai pourtant vu au régi..., au régi... (*Il ne peut arriver à dire le mot régiment.*)

La parole spontanée est assez bonne et relativement riche. Nous en avons donné des extraits un peu plus haut.

Quelquefois il ne peut pas dire le mot, mais il explique l'usage de l'objet. Ainsi pour la clef, il dira « c'est un crayon », puis il fera le geste d'ouvrir une porte et ajoutera : « Je ne sais pas, je te dis... puis je vais le savoir tout à l'heure. »

Agraphie. — On lui met devant lui une feuille de papier blanc et en main un porte-plume.

D. Ecrivez votre nom.

R. Oh! s'il n'y a que cela, c'est bien facile. (Il met sa plume à la bouche, l'enlève du porte-plume, la remet, l'essuie avec son mouchoir et enfin prend de l'encre, très convenablement. Il fait un M, un o, un m au lieu d'un n, et le reste est bien; sur les neuf lettres, qui composent son nom, il n'y a qu'une erreur l'n remplacé par un m. Pour son prénom, il écrit Josensen (Joseph?). Pour robe, il écrit roble; il ne peut écrire maison, jardin, tourneur; il trace : Mom..., jarde... tonir..., et pourtant il avait bien répété maison, jardin, tourneur. Il est a peu près impossible de le faire copier ou dessiner.)

Il n'est ni apraxique, ni agnoscique. Il mange seul, se déshabille et se rhabille seul.

Examen somatique. — Le malade est amaigri. On constate de légers troubles de la motilité : dans la marche notamment, le pied droit frotte sur le sol. Pas de modifications de la sensibilité. Les réflexes sont normaux, sauf à la plante du pied, du côté droit, où l'on remarque que le gros orteil, sous l'influence de l'excitation plantaire, a une légère tendance à l'extension. Les pupilles sont inégales, en myosis, déformées

©BIUM

et elles réagissent paresseusement à la lumière. Quelques troubles de la parole coexistent avec les phénomènes dysphasiques. On ne note pas de tremblement ni de déviation de la langue, ni de tremblement des lèvres. Enfin la ponction lombaire est positive : à l'inspection le liquide est un peu louche. A la chaleur, on obtient un précipité abondant qui disparaît par l'acide acétique. Au microscope on observe de nombreux lymphocytes et des placards endothéliaux.

C. Évolution. — L'état du malade est resté stationnaire durant plusieurs mois. Par intervalles, surtout la première quinzaine de son séjour à l'asile, il a dû être placé à la section des agités. Dans la salle d'observation et d'alitement, dès que la surveillance se relâchait, il en profitait, par exemple, pour grimper sur le poêle, pour sauter à pieds joints d'un lit sur l'autre, pour briser des objets mobiliers, etc.

27 *août.* — Toujours hypomaniaque. Siffle, chante, mais beaucoup moins violent. Etat somatique excellent.

9 *octobre.* — Toujours hypersthénique et aphasique.

28 *octobre.* — S'affaiblit mentalement, gâte par intervalles. Très hémiplégique du côté droit et incliné fortement sur ce côté. Ne comprend aucune des questions qui lui sont posées.

7 *novembve.* — Mange beaucoup. Engraisse toujours.

25 *décembre.* — Ictus et mort rapide le 28.

L'autopsie du malade n'a pu être faite.

1° Nous pensons qu'il existe trois variétés d'asthéno-manie post-apoplectique (1) : *a*) *l'asthéno-manie post-apoplectique simple*, c'est-à-dire qui ne précède pas ou n'accompagne pas l'évolution d'un état démentiel et qui se termine par la guérison ; *b*) *l'asthéno-manie post-apoplectique*, qui est en relation avec une démence « organique » en évolution ; c) *l'asthéno-manie post-*

(1) Voir Benon (R.). L'asthéno-manie post-apoplectique, *Rev. de méd.*, 1911, p. 550, n° 7, 10 juillet. — Benon (R.) et Bonvallet (P.). Aphasie et asthéno-manie post-apoplectique. *Cong. des al. et des neurol.*, Amiens, 1911, in *Presse Médicale*, 1911, p. 677 et *Gaz. méd. de Nantes*, 1911, p. 681 (N'a pas paru dans le compte rendu en volume du Congrès). — Benon (R.) et Bonvallet (P.). Ictus, épilepsie jacksonienne et asthéno-manie. *Ann. méd. psychol.*, 1912, I, février.

©BIUM

apoplectique qui survient au cours de la *démence paralytique.*

2° Notre malade a eu deux accès asthéno-maniaques ou asthéno-hypersthéniques post-apoplectiques. Le premier doit être considéré comme un accès asthéno-maniaque post-apoplectique simple survenu chez un syphilitique alcoolisé. Nous disons qu'il a été simple parce que le sujet a guéri ; il a guéri au point de vue sthénopathique, et d'autre part, ces accidents disparus, il n'a présenté aucuns signes d'affaiblissement intellectuel : il s'est remarié et a repris activement sa place à l'atelier durant dix ans. S'il lui restait quelques troubles du langage ou de la parole, ceux-ci ne diminuaient point sa valeur sociale et familiale.

Le deuxième accès asthéno-hypersthénique post-apoplectique qui s'est manifesté chez notre malade, est survenu chez un homme qui depuis deux ans environ offrait des symptômes d'affaiblissement intellectuel. L'état maniaque ou hypomaniaque, surajouté à la démence, à l'aphasie et à la dysarthrie, a persisté durant près de cinq mois, puis, à la suite d'un nouvel ictus, le patient est décédé.

3° Le premier accès asthéno-maniaque post-apoplectique de ce malade fut pris pour un début de paralysie générale. L'euphorie qu'on observait chez lui, les idées de satisfaction qu'il exprimait, donnaient le change d'autant plus aisément que les signes physiques n'étaient là d'aucun secours. Pratiquement pourtant, le diagnostic était du plus haut intérêt : l'avenir l'a prouvé.

4° Doit-on considérer comme une rémission la longue période de dix années durant laquelle le malade a vécu de la vie familiale et sociale? Personnellement, nous estimons qu'au point de vue fonctionnel mental, il y a eu non pas rémission, mais guérison, de sorte que, en 1911, ce malade a fait une récidive et non pas une

©BIUM

rechute. Ces distinctions ne sont pas accessoires parce que les diagnostics portés et les conclusions pratiques qu'on en tire en dépendent, et cela dans certains cas est grave pour le malade et pour la famille.

5° Après le premier accès asthéno-maniaque post-apoplectique, l'aphasie n'a pas guéri complètement, mais elle s'est améliorée à un tel point que la vie de relation du patient n'en était pour ainsi dire pas troublée. Cette heureuse évolution de l'aphasie est un fait qui paraît assez fréquent.

6° L'autopsie de ce cas n'a pas pu être faite. Mais la syphilis cérébrale et la démence « organique » dite démence syphilitique, l'une et l'autre bien distinctes de la paralysie générale, ont été suffisamment étudiées et précisées par les auteurs, pour que le diagnostic clinique en soit le plus souvent possible (1).

---

(1) Voir Laignel-Lavastine, Kahn et Benon. Démence et hémiparésie par ramollissements multiples d'origine syphilitique. *L'Encéphale*, 1911, I. — R. Benon. L'amnésie dans la paralysie générale. *Gaz. des Hôp.*, 1911 (diagnostic différentiel), p. 1315, n° 88, 5 août. A propos de la communication faite par l'un de nous avec M. Laignel-Lavastine (Paralysie générale simulant une démence par lésions circonscrites, *L'Encéphale*, 1911, II), il est probable que le diagnostic anatomique est à modifier et que nous sommes ici en présence d'une pseudo-paralysie générale (paralysie générale dégénérative associée de Klippel), ce qui expliquerait dès lors les constatations cliniques, c'est-à-dire l'affaiblissement partiel et non global des facultés mentales.

©BIUM

ASSISTANCE DES ALIÉNÉS

AUX ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

SURVEILLANCE ET TRAITEMENT HORS DES ASILES
ORGANISATION DU TRAVAIL DANS LES ASILES

Par le Dr Victor PARANT père.

L'Association médico-psychologique des États-Unis vient de publier le compte rendu de son LXXIe Congrès annuel, tenu à Old Point Comfort, en mai 1915. Elle y a fait une part très importante à certaines particularités relatives au régime des aliénés et des établissements qui leur sont consacrés. Il peut n'être pas sans intérêt pour nous d'arrêter notre attention sur ces particularités, à tout le moins pour les connaître, et peut-être aussi pour en tirer quelque profit.

I. — Surveillance et traitement des aliénés hors des asiles.

Les charges de l'assistance publique des aliénés aux États-Unis d'Amérique ont augmenté beaucoup depuis quelques années ; on y a construit en grand nombre des asiles nouveaux ; on y a multiplié dans de grandes proportions la population des anciens. Les charges finan-

©BIUM

cières ont naturellement suivi, et les pouvoirs publics s'en sont émus.

Ce développement de l'hospitalisation des aliénés paraît tenir essentiellement à l'augmentation du nombre des cas d'aliénation mentale, et dans quelques États ce nombre a doublé. Ainsi, dans l'État de New-York, où il n'y avait, en 1910, que 16.006 aliénés, on en a compté 33.357 en 1914, et c'est pour faire face à cet énorme surcroît qu'il a fallu développer les anciens asiles et en construire de nouveaux.

Il y a, dans l'organisme de l'assistance des aliénés de l'État de New-York, un élément dont l'action est fort importante et qui, tant comme agent régulateur que comme agent initiateur, exerce un très grand rôle dans la fonction de cette assistance. Cet élément est la Commission de surveillance de tous les asiles (*State hospital commission*).

Cette Commission est composée de trois membres : un médecin spécialiste des maladies mentales, ayant passé par la direction des établissements d'aliénés ; un magistrat ayant au moins dix ans de pratique judiciaire ; un citoyen honorable. Ses membres exercent, en réalité, une fonction publique à laquelle ils doivent se consacrer entièrement. Ils ont des appointements élevés qui leur permettent de n'avoir pas souci d'autre chose. La Commission a, sur tous les établissements, des droits de surveillance et de direction assez étendus qui, cependant, respectent l'autonomie de chaque asile et l'indépendance du fonctionnement de chacun d'eux, mais qui lui permettent d'avoir sur la vie de l'ensemble une action très efficace.

Depuis sa création, cette Commission a accompli une œuvre considérable. Pour en donner une idée, on peut considérer notamment ce qu'elle a fait, non sans se

©BIUM

heurter à d'énormes difficultés, pour amener la codification du nombre énorme de lois partielles (il y en avait plus de cent), qui réglaient les questions d'aliénation mentale ; elles étaient absolument éparses, sans liens les unes avec les autres, et il était à la fois difficile de les connaître et de les appliquer.

La Commission a fait établir, en 1914, une loi d'ensemble qui est un monument d'une haute importance, et dans laquelle on a réuni tout ce qui concerne les aliénés, les établissements qui leur sont consacrés, leur surveillance, leur personnel de toute nature qui y trouve un statut très précis de sa situation, l'assistance et le soin des malades, tant d'une manière générale que pour les particularités propres à des asiles très spéciaux, comme est celui de Matteawan pour les aliénés criminels.

La Commission n'a pas manqué de porter son attention sur l'augmentation des charges publiques due au développement des asiles et à l'augmentation de leur population, et elle a cherché les moyens d'y remédier.

Le Dr James W. May, membre médical de la Commission, a exposé au Congrès quelques-unes des mesures qui ont paru propres à atteindre ce but.

On a tout d'abord considéré que le meilleur moyen de diminuer le nombre des maladies mentales, c'est d'en prévenir l'invasion. Et comme il est avéré qu'une bonne part d'entre elles proviennent d'abus et d'excès, alcoolisme, excès vénériens, syphilis, infections diverses, la Commission s'est occupée d'instruire le public sur ces diverses causes de maladies mentales. A cet effet, elle a organisé des conférences, faites en général par les médecins des asiles ; elle a répandu abondamment dans le public des brochures mises autant que possible à la portée de toutes les intelligences, elle a provoqué la

©BIUM

formation de ligues ayant pour objet essentiel de développer sous toutes ses formes la bonne hygiène mentale.

D'autre part, elle a poussé les asiles à créer des dispensaires et des consultations pour les malades dont l'internement ne serait pas indispensable, dispensaires destinés en même temps à faciliter la surveillance des aliénés qui, après avoir été internés, sont renvoyés en congé d'essai dans leurs familles. Enfin, les consultations de ces dispensaires indiquent aux intéressés les moyens de parer aux premières manifestations des maladies mentales et de les enrayer. Ces organismes commencent à bien fonctionner : il en a été établi dans un grand nombre d'asiles, ils ont rendu des services évidents et ont permis d'éviter bien des internements.

Les malades en congé d'essai sont nombreux. En 1914, les asiles de l'État de New-York en avaient 1.400. Leur multiplicité diminue notablement les frais de l'assistance publique, et la surveillance sérieuse à laquelle ils sont soumis permet de faire rendre à leur situation tous les avantages qu'on attend d'elle.

La Commission a encore donné ses soins à la création d'établissements particuliers, ou à tout le moins de services annexes des établissements ordinaires où sont admis, sans qu'il y ait à recourir pour eux aux formalités légales, les aliénés mis en traitement pour la première fois. On y peut garder jusqu'à guérison ou jusqu'à amélioration suffisante, ceux qui sont susceptibles d'être promptement amendés, et de cette manière encore, on contribue à diminuer l'encombrement des asiles où ils auraient sans doute été retenus plus longtemps qu'ils ne l'ont ainsi été. Sur 1.751 malades mis en traitement de la sorte, 222 arrivèrent dans un intervalle de temps assez court à la guérison, et 508 furent rendus à leurs familles améliorés.

CBIUM

Il est une remarque que cette organisation de dispensaires et de services annexes fait naturellement venir à l'esprit. Les lois américaines qui règlent l'admission des aliénés dans ces asiles sont bien plus méticuleuses que les nôtres, et nécessitent des interventions qui souvent sont vexatoires pour les aliénés ou leurs familles. On n'est pas sans l'avoir compris et, à cause de cela, en partie du moins, on a été amené à employer des procédés d'hospitalisation des aliénés qui dispensent de recourir aux mesures légales et d'en éviter les inconvénients. Cette considération pourrait n'être pas sans importance pour la bonne confection d'une loi sur l'internement des aliénés. Une loi est-elle bonne, lorsque, après l'avoir établie, on s'ingénie à la tourner?

Aux dires du Dr James W. May, l'effet de ces diverses mesures est déjà sensible; il a eu une répercussion heureuse sur le budget de l'assistance publique et a permis de réaliser des économies très notables dans les dépenses des services des aliénés.

II. — Organisation du travail des aliénés.

Les asiles d'aliénés des États-Unis d'Amérique s'appliquent aujourd'hui à généraliser le plus possible le travail des malades. Le temps n'est pas encore éloigné où cela ne se faisait pas du tout et où il n'y avait qu'un petit nombre d'individus à qui l'on fît rendre des services. On est donc entré dans une voie nouvelle, et le Congrès a été amené à examiner ce qui se fait déjà et ce qui pourra se faire dans cet ordre d'idées.

Ceux de ses membres qui sont intervenus à ce sujet se sont appliqués à faire ressortir la valeur du travail des aliénés comme moyen de traitement d'abord, puis comme élément de distraction, enfin comme base de ressources économiques plus ou moins grandes pour les

©BIUM

asiles. Et à ce dernier point de vue, des questions d'un intérêt qui semble bien réel ont été posées.

Voici d'abord le résumé des considérations émises sur les diverses valeurs du travail.

Son efficacité comme moyen de traitement ressort d'observations démonstratives ; mais cette efficacité ne peut être invoquée et mise en œuvre que par le médecin, seul capable d'être bon juge en la matière. Il serait souverainement inopportun, et il pourrait être nuisible d'en laisser la détermination et l'application à des surveillants ou à des infirmiers, même à ceux qui ont l'expérience des malades et qui connaissent bien ceux qui leur sont confiés. Elle ne trouve en effet sa raison d'être que dans la connaissance approfondie de l'état mental de chaque individu en particulier, et il y en a pour qui toute occupation, tout travail, si facile qu'il fût, pourrait être, au point de vue de l'évolution de la maladie, plus nuisible qu'utile.

On peut considérer comme moyen de traitement tout travail qui a pour effet de faire que le malade oublie et néglige momentanément ses idées morbides ou ses troubles sensoriels, en portant son attention sur toute autre chose. Le propre de bien des malades est de s'absorber en eux-mêmes, et tout ce qui arrive à contrarier cette tendance ne peut que leur servir. Et de même qu'il appartient au médecin de déterminer si le travail est utile, c'est à lui aussi qu'il appartient de spécifier le genre de travail auquel on peut avoir recours, en indiquant aussi les précautions à prendre pour qu'il ait un bon résultat.

L'effet récréatif du travail réside en ce qu'il rompt la monotonie de l'existence et qu'il donne quelque intérêt à la vie quotidienne. Il est bon, à ce point de vue, que les malades soient amenés le plus possible à se laisser

©BIUM

captiver par ce qui se passe autour d'eux. A ce point de vue il convient d'examiner ce qui peut être le plus profitable, ou l'occupation solitaire, ou le travail en commun. Dans bien des cas, ce dernier aura plus de succès que l'autre. L'exemple influence et entraîne ceux qui, laissés isolés, se complairaient dans l'apathie et dans l'indifférence. Dans le travail en commun, les diverses variétés d'occupations, l'émulation qui peut s'établir entre les travailleurs, contribuent, en bien des cas, à faire considérer le travail non comme une gêne, mais comme une distraction et un véritable plaisir.

Il arrive que les avantages récréatifs du travail se confondent avec les avantages thérapeutiques, et lorsque ses occupations donnent au malade l'impression qu'il se rapproche de la vie normale, elles contribuent puissamment à hâter sa marche vers la guérison.

Pour que le travail soit vraiment récréatif, il doit n'être ni trop assidu ni trop prolongé ; il doit être coupé par des temps de repos. En plusieurs asiles on s'applique à y entremêler des divertissements proprement dits, des jeux, de la musique. En d'autres circonstances, on s'efforce de stimuler l'ardeur des travailleurs en établissant entre eux des sortes de concours, capables de susciter une émulation de bon aloi, qui soit en même temps un supplément d'attrait.

Il est très difficile de déterminer de manière générale la valeur économique du travail des aliénés. Cependant cette valeur est certaine et peut se supputer de diverses manières. La plus élémentaire et la plus facile à compter est celle de ce qui peut être vendu hors de l'asile. Il y a là en effet une base très nette d'appréciation qui peut entrer de manière positive dans l'établissement d'un budget. Le travail qui est utilisé dans l'établissement même ne peut pas se compter de manière aussi précise ; mais soit qu'il dispense de l'entretien mobilier ou immo-

©BIUM

bilier, soit qu'il supplée à des achats indispensables, il doit entrer pour une bonne part dans la balance des comptes. L'idéal serait que tous les travaux d'un asile fussent faits par les aliénés : mais évidemment cela n'est pas possible. Du reste, il y a une considération qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est que l'utilisation économique doit venir très loin derrière les considérations du traitement ou du bien-être des malades. L'emploi de ceux-ci aux travaux dont ils sont capables a encore, quoique de manière indirecte, une autre valeur économique ; c'est lorsqu'il empêche les travailleurs de commettre des dégâts, qu'il facilite la surveillance, et qu'il permet ainsi de diminuer le personnel des gardiens. Enfin, on doit encore lui attribuer un autre appoint budgétaire, lorsque, grâce à lui, les surveillants peuvent s'intéresser davantage à leur tâche, à leur service, et qu'il les dispose à s'en occuper avec plus d'attention et d'assiduité.

Ces diverses considérations sur les aspects divers de la valeur du travail des aliénés, ne sont pas toutes entièrement nouvelles ; mais il n'était pas indifférent de les reproduire en résumant ce qu'ont dit sur elles les membres du Congrès qui les ont exposées au Congrès, notamment le Dr Henry P. Frost, directeur médecin de l'asile de Boston, les Drs Britton D. Evans, médecin directeur, et Frank M. Mikels, second adjoint de l'asile de New-Jersey, et le Dr Floyd Haviland, directeur-médecin de l'asile de Middletown.

Pour réaliser les divers avantages qui viennent d'être exposés, les asiles d'aliénés des États-Unis d'Amérique se sont mis à développer le travail le plus largement possible. Ils sont entrés depuis peu dans cette voie, et cependant ils y ont fait déjà de notables progrès.

Ainsi, par exemple, d'après les chiffres donnés par le Dr Frost, de 1910 à 1915, le nombre de malades

©BIUM

employés dans son asile a augmenté de 20 p. 100, en même temps, toutefois, que la population de l'asile augmentait, elle aussi, de manière sensible, étant passée de 785, en 1910, à 1.403 en 1915. Le Dr Floyd Haviland, dont l'opinion a été appuyée par d'autres membres du Congrès, estime qu'il n'y a guère qu'une proportion de 30 à 35 p. 100 d'internés qui soient absolument impropres à tout travail.

Les genres de travail auxquels on a recours sont extrêmement variés, depuis les plus élémentaires et les plus simples, jusqu'à des travaux complexes et vraiment difficiles.

Pour les hommes : balais, paillassons, nattes, chaises cannées, paniers, brosses, articles d'amenblement, chapeaux de paille. Ceux qui le peuvent sont employés comme menuisiers, tailleurs, cordonniers ; quelques-uns peuvent être mis aux jardins, aux prairies, aux fermes. Un petit nombre sont susceptibles d'être appliqués à des travaux industriels.

Pour les femmes : couture, raccommodages, filage, tissage, vannerie, broderie, dentellerie, chapellerie, travaux de fantaisie, tricot, crochet, fleurs en papier. A un degré plus élevé, quelques-unes font de la peinture à l'eau, du modelage.

Les travaux domestiques pour lesquels les femmes ont des aptitudes spéciales, leur sont confiés de la manière la plus étendue possible.

Ce ne sont pas seulement les malades tranquilles qui sont mis au travail ; on y applique aussi, et même on s'efforce à le faire de manière toute spéciale, les agités, les désordonnés, les turbulents de toute nature, parfois même des violents. Bien entendu on ne donne à ceux-ci que des travaux qui puissent être sans danger.

©BIUM

L'expérience a montré qu'un certain nombre d'entre eux en ont retiré, pour eux-mêmes et pour leur bien-être, des avantages marqués. Les déments, même ceux dont l'intelligence est le plus oblitérée ou usée, même des gâteux, ont été capables de se rendre utiles, avec profit pour eux-mêmes.

Pour l'organisation du travail, qu'est-ce qui vaut le mieux, ou de le faire faire dans des salles, dans des sortes d'ateliers qui y soient spécialement affectés, ou bien le donner à faire aux malades dans leurs quartiers respectifs?

Aux dires du Dr Horace G. Ripley, médecin adjoint de l'asile de Taunton, le travail dans les quartiers est préférable au travail en atelier. L'expérience en a été faite, dit-il, dans son asile, où, jusqu'en 1909, on se servait de vastes salles de réunion pour les travailleurs. A cette époque le médecin-directeur décida de répartir le travail dans les quartiers et d'abandonner complètement les ateliers. Depuis lors, dit-il, le travail a été fait mieux et plus abondant, et à aucun moment on n'a eu lieu de regretter la mesure prise. Dans les quartiers, les surveillants appelés à diriger eux-mêmes les occupations des travailleurs, ont pris goût à leur tâche, à laquelle ils ont trouvé un véritable attrait et en s'y intéressant ils ont contribué à rendre les résultats beaucoup plus profitables.

De l'avis du Dr Ripley, il convient que le temps du travail, pour la plupart des malades, ne soit pas trop prolongé, de deux heures environ à huit heures au maximum, et pour le plus grand nombre, c'est la moindre durée qui est préférable. Là où les emplois doivent être continus, aux cuisines, aux buanderies, par exemple, des équipes doivent se succéder en se partageant les heures de la journée.

©BIUM

Tout en indiquant ce qui s'est fait à l'asile de Taunton et ses préférences personnelles, le Dr Ripley ne proscrit pas le travail en atelier. Cela est, dit-il, affaire de milieu, d'organisation, de direction, et il indique que sous ce rapport, à l'asile de Boston, sous la direction du Dr Frost, le travail en commun est organisé de manière idéale.

Là où il y a des ateliers, convient-il que la direction et l'organisation du travail soient confiées à des chefs spéciaux, spécialistes d'un métier, capables d'enseigner la besogne et d'en régulariser l'apprentissage? ou faut-il laisser ces divers soins aux surveillants et surveillantes des quartiers?

Le Dr Henry I. Klopp, directeur-médecin de l'asile d'Allentown, chargé de faire un rapport sur cette question, émet l'opinion qu'il est utile et désirable d'avoir des chefs d'ateliers. L'homme qui s'est spécialisé dans un genre de travail, qui y a fait lui même un apprentissage sérieux, est plus qualifié que n'importe qui pour bien diriger le genre de travail auquel il a été formé, pour en régler les divers moyens d'application, pour le graduer suivant les aptitudes de ceux qui lui sont confiés, pour faire, en somme, de bons apprentis et de bons ouvriers.

Or, un des buts que l'on s'est proposé en organisant le travail dans les asiles a été de donner, à ceux des malades qui sont susceptibles de guérison, qui devront un jour quitter l'établissement, et qui cependant n'ont pas été formés à gagner leur vie, un métier dont la pratique deviendra pour eux un moyen d'existence. Pour ceux-là, de manière toute spéciale, plus que pour tous les autres, de bons instructeurs sont évidemment désirables et même nécessaires.

Cela n'empêche pas que dans les ateliers dirigés par

©BIUM

un chef, il est nécessaire que pendant le travail les malades aient à côté d'eux des surveillants qui les connaissent et qui aident à maintenir le bon ordre.

L'opinion soutenue par le Dr Klopp a été appuyée par le Dr Tuttle, directeur-médecin de l'asile Mclean, et par le Dr Dunton, premier adjoint de l'asile Sheppard. Mais il a été dit aussi que, dans nombre de cas, des surveillants industrieux et intelligents suffisaient pour bien employer les malades, et que même ils pouvaient mieux que d'autres en tirer bon parti, en raison de ce qu'ils les connaissent individuellement, et que, d'après leurs fonctions, comme d'après la formation spéciale qu'ils ont dû recevoir, ils sont mieux à même de le faire.

Une dernière question a été examinée par le Congrès, à savoir s'il convient de rétribuer le travail, et particulièrement le travail industriel des aliénés. Le soin de la présenter avait été confié au Dr Charles E. Thompson, directeur-médecin de la colonie Gardner. Mais il ne l'a fait que de manière tout à fait sommaire. A son avis, mieux vaut stimuler d'autre manière les aliénés au travail que de les payer pour celui qu'ils auront fait. Le plus grand nombre d'entre eux travailleront volontiers si on leur procure, en récompense, quelques plaisirs, quelques satisfactions, si on leur fait des éloges, si on leur donne des insignes marquant leur assiduité et leur application. Il importe d'ailleurs de développer autour d'eux une sorte d'atmosphère de travail. Quand cette atmosphère existe, ils sont bien plus faciles à entraîner. Dans quelques cas, on peut leur attribuer des jetons, fussent-ils représentés par un simple carré de carton, à l'aide desquels ils auront la facilité de se procurer, dans des sortes de boutiques spécialement installées dans ce but, des objets qui leur seraient agréables ou utiles.

©BIUM

Du reste, il ne faut pas perdre de vue que l'aliéné est assisté dans l'asile qui l'a reçu, que cette assistance équivaut bien à tout paiement et qu'il importe de ne pas augmenter de manière indirecte les charges des contribuables sur lesquels en fait pèse l'entretien des asiles.

Le Dr Bancroft, directeur-médecin de l'asile de New-Hampshire, s'est déclaré, lui aussi, de manière générale, contre le paiement proprement dit de leur travail aux aliénés. Il a indiqué un moyen de paiement, ou pour mieux dire de récompense, qui est habituellement bien venu des hommes, c'est de leur distribuer du tabac. Il a cependant été d'avis que dans quelques cas spéciaux il était nécessaire de donner une véritable rémunération pécuniaire. Il peut se trouver des individus qui, sans cela, se refuseraient à toute occupation. Il peut se trouver aussi, et cela est plus important, soit chez les hommes, soit encore plus chez les femmes, des malades qui fassent des travaux soignés, de valeur réelle, susceptibles d'être vendus avantageusement au dehors. N'est-il pas bien naturel, et même juste, de réserver à ces travailleurs au moins une partie du produit de la vente de leur travail et de leur constituer ainsi un pécule : et si ces malades viennent à guérir, leur pécule, à leur sortie de l'asile, pourra leur être de grande utilité. Il importe assurément de ne point trop généraliser le principe de ce paiement proprement dit, qui, au contraire, ne doit être qu'une exception. Il appartient d'ailleurs aux chefs des établissements de discerner les cas qui doivent ainsi bénéficier d'une mesure exceptionnelle.

Dans ce que nous venons d'exposer, si un certain nombre de détails ne sont pas réellement nouveaux, il y a des particularités qui doivent être regardées comme telles et dont nos établissements peuvent être, un jour

©BIUM

ou l'autre, appelés à tirer profit. L'expérience ainsi faite aux États-Unis d'Amérique, tant pour la création de dispensaires destinés au traitement des aliénés hors des asiles que pour la généralisation et l'organisation du travail dans les asiles, cette expérience est fort intéressante à suivre, et l'avenir dira si son application doit être généralisée.

©BIUM

Revue critique.

SUR QUELQUES TENDANCES DE LA PSYCHOLOGIE CONTEMPORAINE [1]

Par H. Raoul MOURGUE

Le 28 juillet 1862, sous la présidence d'Adolphe Garnier, la Société médico-psychologique discutait, de façon d'ailleurs très intéressante, la question à l'ordre du jour à ce moment : le vitalisme et l'animisme. Il est facile d'imaginer l'étonnement, pour ne pas dire plus, qui serait celui des membres actuels de cette société savante, si pareil programme venait jamais à figurer à l'ordre du jour. Le même étonnement s'emparerait de nos lecteurs, si nous voulions suivre pas à pas M. Ingenieros dans ses *Principes de psychologie biologique*. C'est qu'en effet, notre mentalité n'est plus celle des médecins et philosophes (car, à cette époque, les uns et les autres s'ignoraient beaucoup moins qu'aujourd'hui) qui discutaient, en 1862, les grandes questions dont nous parlions tout à l'heure.

Sans préjuger des avantages ou des inconvénients de cette évolution, c'est une banalité de faire remarquer la spécialisation sans cesse croissante de chaque discipline

(1) José Ingenieros. Principes de psychologie biologique, traduit de l'espagnol par P. Delpeuch, Alcan, 1914. — Ribot. La vie inconsciente et les mouvements, Alcan, 1914. — La conscience tactile motrice pure. *Revue philosophique*, juillet 1916.

©BIUM

scientifique. En second lieu, on est devenu de plus en plus sobre de spéculations en matière scientifique. C'est ainsi que, pendant longtemps, on a discuté gravement des méthodes et des principes directeurs de la psychologie. Après avoir aidé à la constitution de la psychologie comme science indépendante, certains auteurs n'ont pas craint de discuter sans cesse des questions de principe, au lieu de s'astreindre à l'étude analytique des faits. C'est ainsi que peut s'expliquer l'erreur, en somme légitime, de beaucoup de psychiatres qui confondent la psychologie avec la philosophie (1).

Ainsi que nous allons le voir, l'ouvrage de M. Ingenieros est de nature à perpétuer cette erreur pratiquement très néfaste. Or, la psychologie s'est constituée par ses propres recherches de détails ; une science affirme son existence par ce qu'elle produit, non par des raisonnements *a priori*. C'est ainsi que, la psychologie présente, à l'heure actuelle, un ensemble de résultats qui lui permettent de se présenter comme une science autonome. C'est la constatation banale, mais qu'il n'est pas inutile de répéter.

Les *Principes de psychologie biologique* de M. Ingenieros constituent, quoiqu'il s'en défende (p. 360, note 1), un véritable traité de philosophie naturelle, rappelant certains livres trop fameux de Haeckel ou de Ostwald, auxquels il fait d'ailleurs de multiples emprunts, traité dans lequel l'auteur nous donne ses opinions sur toutes les questions, depuis la classification des doctrines philosophiques, la formation de la matière vivante, l'énergétique biologique, la sociologie et jusqu'aux méthodes de la psychologie. En un mot, il s'agit d'un véritable système du monde. Nous n'oublierons pas que nous sommes en 1916 et non en 1862 et, malgré l'intérêt réel que nous avons pris à la lecture de beaucoup de chapitres, nous ne retiendrons de cet ouvrage que ce qui est susceptible d'intéresser le psychiatre, et surtout ce qui représente à l'heure actuelle les tendances

(1) L'organisation de notre enseignement est aussi pour beaucoup dans cette erreur. La psychologie devrait être enseignée à la Faculté des Sciences ou de Médecine, comme cela se pratique dans certains pays étrangers.

©BIUM

les plus originales de la psychologie en face des problèmes qui sont proposés à son examen.

M. Ingenieros est transformiste à la manière d'Haeckel, nous ne disons pas évolutionniste ; nous osons dire que c'est là, à l'heure actuelle, une opinion beaucoup plus philosophique que scientifique, en ce sens qu'elle procède beaucoup plus d'un travail logique de l'esprit que d'une constatation suivie de faits scientifiquement observés (1), et c'est surtout à cette occasion que nous voyons apparaître la première manifestation de ce que nous appellerions volontiers le *logicisme*, contre lequel M. Ingenieros proteste volontiers, mais dont son ouvrage est néanmoins imprégné. Il soutient, comme beaucoup d'auteurs de l'époque héroïque du transformisme, qu'entre l'homme et les êtres les plus simples de la série animale, il y a une continuité ininterrompue au point de vue psychologique (2).

Quoique beaucoup de faits d'anatomie comparée et de physiologie (Vogt a montré que le cerveau de l'homme n'est nullement une complication du cerveau de singe) aillent à l'encontre de cette vue philosophique, personne ne songerait à nier aujourd'hui l'intérêt de certaines attitudes générales, vis-à-vis des problèmes psychologiques, attitudes nées de l'hypothèse évolutionniste, parfaitement acceptable si on la considère comme une hypothèse de travail, non comme un dogme.

C'est ainsi que M. Ingenieros développe une idée que l'on peut considérer comme une des acquisitions les plus solides de la psychologie contemporaine, puisque nous la trouvons exprimée par des esprits dont les tendances sont parfois très opposées. « De même qu'un théorème de géométrie ne crée pas les relations entre les données de l'expérience, mais les énonce seulement, de même la *pensée* ne peut se concevoir comme une réalité en soi, mais comme la dénomination globale des résultats de la fonction de penser : l'expression de rapports remarqués par les êtres vivants entre les don-

(1) Cf. Vialleton. *Élément de morphologie des vertébrés*, Paris, Doin, 1911.

(2) Cf. p. 139. *L'application de la loi biogénétique fondamentale à la psychologie de l'enfant.*

©BIUM

nées de leur expérience. La fonction de penser est un résultat de l'action continue du milieu sur les êtres vivants, action sentie par autant de modes de sensibilité qu'il y a de modes d'énergie qui agissent sur les organismes ; ainsi apparaissent chez les êtres vivants les organes destinés à élaborer ces modes fonctionnels de la sensibilité et à connaître les conditions du milieu, en y adaptant la vie au moyen de réactions de mouvements plus ou moins directs et coordonnés. Grâce à cette élaboration complexe, la vie est possible ; sans penser, il serait impossible de vivre. » (p. 282-283.)

Nous disions que c'est là une acquisition commune à des esprits de tendances opposées. M. Bergson, dont M. Ingenieros repousse formellement les idées (puisque sa conclusion est ni Wundt ni Bergson), nous dit que dans ses études sur l'interprétation des troubles aphasiques, parmi les principes qui lui ont servi de fil conducteur, « le premier est que l'analyse psychologique doit se répéter sans cesse sur *le caractère utilitaire de nos fonctions mentales*, essentiellement tournées vers l'action » (1).

De même, rien ne nous semble plus juste que l'observation de M. Ingenieros, lorsqu'il écrit excellemment : « Penser est une fonction de tout l'organisme, bien que l'élaboration psychique s'opère dans des tissus et dans des organes spécialisés à cet effet à travers l'évolution phylogénique, à partir des propriétés vitales les plus simples : la sensibilité et le mouvement... La philosophie cartésienne qui a longtemps exercé son influence sur les psychologues, a attribué aux processus intellectuels une importance prédominante dans l'esprit humain ; elle allait jusqu'à concevoir les sentiments et la volonté comme deux complications nuisibles au bon fonctionnement de l'âme raisonnable et pensante. Le terme *pensée* embrassait toute l'activité psychique et l'intelligence était sa plus parfaite expression. » (p. 276.)

Rien de plus juste historiquement et en fait que cette remarque qui est tout à fait dans l'esprit du bergsonisme et aussi du positivisme d'Auguste Comte (quoique

(1) H. Bergson. *Matière et Mémoire*, avant-propos de la 7e édition, p. 11. Mots soulignés par nous.

©BIUM

en un autre sens). Si la place ne nous était limitée, il serait facile d'en donner la démonstration. C'est de là qu'est née la psychologie des images, chère à Taine, théorie construite sur le modèle de la philosophie cartésienne, et qui a faussé beaucoup de problèmes psychopathologiques (P. Marie et Moutier). Nous n'en voulons pour preuve que la critique si pénétrante des schémas destinés à *expliquer* les divers phénomènes présentés par les aphasiques, schémas d'images motrices d'articulation, d'images graphiques, etc., images qui n'ont jamais pu être constatées directement et qui sont le résultat du *logicisme* inhérent à l'esprit humain. Peut-être pourrait-on en dire autant de l'explication des hallucinations par une intensité plus grande acquise par certaines images. Dans le domaine de la psychiatrie on se met de plus en plus en garde contre les tendances qui consistent à attribuer aux malades les procédés logiques de notre propre intelligence, par exemple dans les cas de délire systématisés. « L'hypothèse d'une intelligence rationnelle a embrouillé depuis longtemps les études psychologiques et justifié un *logicisme* dogmatique auquel s'oppose aujourd'hui un psychologisme fondé uniquement sur l'expérience (p. 279). » Et auparavant M. Ingénieros fait cette remarque empruntée à Schiller : « La décomposition du processus psychique en *pensée*, *volonté* et *sentiment*, de façon à justifier la nécessité pour la logique de ne s'occuper que de la première, à l'exclusion des deux autres, apparaît comme un expédient inexcusable du psychologue amateur, car la décomposition en question n'est fondée qu'en tant qu'elle répond sommairement aux besoins d'une psychologie des *facultés*. Au point de vue scientifique, sa valeur descriptive et explicative est nulle (p. 278-279). »

C'est là une seconde tendance de la psychologie contemporaine des plus intéressantes. De plus en plus, on s'est aperçu que le langage usuel portait en lui une métaphysique latente; le langage est, en effet, par essence, substantialiste ou, si l'on veut, créateur d'entités. Une démonstration particulièrement intéressante de ce fait a été donnée par notre maître M. Foucault (de l'Université) de Montpellier, qui a montré, par des expériences d'une précision rigoureuse, sur l'exercice

©BIUM

dans le travail mental, que la notion *d'attention* devait être bannie du domaine de la psychologie scientifique comme un reste de la psychologie des facultés. Ne traitant ici que des questions de méthode, nous rapporterons seulement une des conclusions de son mémoire : « Si on veut traiter dans l'esprit phénoméniste de toute science les faits très variés que l'on attribue à l'attention, il faut renoncer délibérément à faire usage de la notion d'attention, et même à en prononcer le nom : il faut étudier empiriquement chaque espèce de travail psychique. C'est à ce point de vue que s'est placé Kraepelin, et c'est là ce qui fait la grande portée de ses recherches, au point de vue de la méthode psychologique (1). »

Le sentiment de cette insuffisance de la classification ordinaire des phénomènes psychiques se manifeste également dans ce qu'on a appelé le point de vue énergétique, auquel M. Ingénieros donne son entière adhésion. Seulement il ne faudrait pas confondre ces vues philosophiques, assurément fort intéressantes, avec les recherches signalées plus haut, où la suppression de la notion d'attention est présentée comme la seule interprétation possible d'expériences. C'est ainsi que notre auteur semble fort enclin, quoiqu'il ne le déclare pas explicitement, à supprimer purement et simplement le concept de mémoire ; et il fait la remarque suivante très intéressante : « Nous avons traduit le processus de la mémoire en termes d'énergétique biologique, au moyen de deux propositions simples :

« 1° Tout être vivant éprouve les modifications énergétiques du milieu où il vit, sous forme d'excitations qui déterminent en lui des transformations et des dégagements d'énergie sous forme de réactions.

« 2° Toute permutation énergétique modifie la structure de la matière vivante sur laquelle elle s'effectue ; la répétition de ces permutations énergétiques ouvre des voies organiques de moindre résistance parmi les modes d'excitation et de mouvement nécessaires à l'adaptation

(1) Foucault. Études sur l'exercice dans le travail mental, spécialement dans le travail d'addition. *Année psychologique* 1914, p. 102.

©BIUM

continuelle de l'être vivant aux variations de son milieu (p. 244). »

Seulement le défaut de cette conception énergétique, lorsqu'elle n'est pas la simple traduction d'un fait ou d'une série de faits d'expérience, consiste parfois à transcrire simplement en un autre langage des données de l'introspection. C'est là le défaut de toutes les constructions générales de psychodynamique, depuis Herbart jusqu'à nos jours. Ainsi M. Ingénieros nous déclare : « Du point de vue de l'énergétique biologique, il n'y a pas de raison pour voir dans l'excitation et la sensation *deux aspects* d'un même phénomène, c'est-à-dire pour admettre que l'excitation est son aspect objectif et la sensation son aspect subjectif; cette distinction n'explique rien.

« Il y a un seul phénomène, l'excitation; ce qui varie c'est le rapport entre elle et l'expérience antérieur L'excitation n'a pas de caractère conscient tant que ce rapport n'existe pas; elle en a un quand ce rapport s'établit. Sans mémoire, il n'y aurait pas d'expérience; aucune excitation ne pourrait lui être rapportée, il ne pourrait y avoir de sensations.

« Dans ces conditions, on ne conçoit pas la *conscience* comme une réalité autonome superposée aux phénomènes biologiques eux-mêmes (p. 260-261). »

C'est là une manifestation de la phobie du langage psychologique qui n'est pas rare chez beaucoup d'auteurs contemporains, et qui date de la période héroïque de la psychologie expérimentale, comprise dans un sens étroit, nous voulons parler de l'école de Wundt aux environs de 1880. C'était l'époque où on se figurait pouvoir mesurer l'intelligence, en prenant des temps de réaction. Cette période n'a heureusement aujourd'hui qu'un intérêt historique. En effet, on n'a pas tardé à s'apercevoir que si la méthode expérimentale était la base de la psychologie, l'introspection pratiquée dans des conditions déterminées, avec certaines précautions, donnait seule un sens aux résultats numériques. Binet, en France, est un de ceux qui ont le plus heureusement réagi dans ce sens, en particulier, dans son *Etude expérimentale de l'intelligence*. Ce correctif apporté à l'ancienne méthode de la psychologie expérimentale a été

©BIUM

d'une grande fécondité, puisqu'il a permis la naissance de la psychologie individuelle, appelée encore *psychographie* par certains auteurs étrangers. Celle-ci a montré que chaque individu avait sa structure psychique, par exemple que le travail mental n'était pas quelque chose d'homogène, mais susceptible de varier du tout au tout, suivant le genre d'exercice auquel est soumis le sujet. (Kraepelin.)

Donc, malgré une largeur de vue très réelle (p. 359), nous pensons que la négation de la conscience par M. Ingénieros est plus spéculative que réelle, parce que j'imagine que, lorsqu'il interroge ses malades, il ne se sert pas du vocabulaire de la psychologie énergétique. D'ailleurs, les physiologistes eux-mêmes, du moins ceux qui ont le souci de suivre les faits pas à pas, dans leur intégralité, à quelques catégories qu'ils appartiennent, sont bien obligés de reconnaître l'efficacité de la conscience. Voici, par exemple, ce qu'écrit M. Morat : « A voir ce que ces ébranlements de toute provenance et de toute nature deviennent après avoir traversé notre système nerveux, à voir l'ordre qui naît de ce désordre, peut-on nier à la conscience (quitte à le bien définir) un rôle de causalité dans les réactions de l'être vivant contre son milieu? La sensibilité ne crée ni substance ni énergie, cela va de soi, mais elle crée les formes que revêt cette substance et cette énergie, à commencer par la nôtre propre, qu'elle établit et qu'elle conserve ; de sorte qu'en donnant aux anciens mots le sens nouveau qui découle des données de nos sciences, on peut dire encore, comme autrefois dans l'Ecole, que l'âme est la forme du corps (1). »

En résumé, nous avons dégagé dans l'ouvrage de M. Ingénieros deux attitudes, que nous avons étudiées parce qu'elles tendent à être acceptées par la plupart des auteurs : 1° la critique de plus en plus pénétrante des données qui sont l'objet de la psychologie, critique qui aboutit à se débarrasser de tout concept substantialiste ; 2° la conception des phénomènes psychologiques comme des modalités de l'activité de l'être vivant. Par là, nous tou-

(1) J. P. Morat. Cellule nerveuse et système nerveux. *Revue générale des Sciences*, 15 juin 1900.

©BIUM

chons à un autre grand problème, dont les premiers chapitres commencent à peine à être esquissés, nous voulons parler du rôle du mouvement dans la vie psychologique.

M. Ribot, qui s'est beaucoup occupé de cette question dans ces dernières années, et qui lui a consacré l'ouvrage le plus intéressant peut-être qui soit sorti de sa plume, nous dit que ce sont les psychologues américains qui ont été les initiateurs de cet ordre d'études. Sans nier l'importante contribution apportée par les auteurs américains, comme Pillsbury entre autres, il n'est que juste d'observer que c'est un Français, M. Bergson, qui, dès 1896, dans son admirable livre *Matière et Mémoire*, a montré toute l'importance du point de vue moteur dans la vie psychologique ; nous allons en donner la preuve dans un instant.

Parmi les problèmes auxquels M. Ribot s'est attaché, nous n'en examinerons qu'un, particulièrement intéressant, parce qu'il est classique, si l'on peut dire, et surtout parce que c'est en pathologie mentale qu'il se pose à tout instant, nous voulons parler du problème de l'*inconscient*. Ici, peut-être plus encore que dans tout autre problème, le rôle des philosophes a été néfaste. On sait que c'est à Leibnitz que nous devons cette idée qu'il n'y a qu'une différence de degré entre la conscience claire, le subconscient et l'inconscient proprement dit, hypothèse qui satisfait la paresse naturelle de l'esprit, mais qui est purement verbale et contradictoire si on y regarde de près. « Par une prestidigitation verbale, on refoule la conscience jusqu'à un arrière-fond où rien ne dénote sa présence. Elle est une *connaissance*, au moins vague, de nos états intérieurs ; dépouillée de cette marque essentielle, elle n'est plus elle-même, il y a autre chose à sa place. L'acteur, dit Hering, qui vient de jouer le rôle d'un roi, quand, rentré dans la coulisse, il a quitté ses insignes et son attitude imposante, n'est plus un roi ; de même, les états de conscience, quand ils ont quitté la scène, ne sont plus une forme de la conscience. La conscience, étant une connaissance immédiate, n'est pas inférée : elle est constatée (1). »

(1) Nos citations de M. Ribot se rapportent à son livre : *La vie inconsciente et les mouvements*. Alcan, 1914.

©BIUM

Ribot pense que ce véritable paralogisme est le fait de la psychologie intellectualiste, contre laquelle nous avons vu M. Ingénieros protester à juste titre. Il est, en effet, dans l'esprit de cette psychologie de se représenter tous les phénomènes sur le modèle des états représentatifs, quitte à appauvrir progressivement ceux-ci de leur contenu pour les amener à une sorte de zéro qui serait l'inconscient. Que nous propose donc M. Ribot de mettre à la place de cette notion ? « Par voie d'élimination, dit-il (p. 19), nous sommes conduits à nous demander si l'inconscient ne serait pas fait surtout de résidus moteurs. Dans l'hypothèse que nous proposons, *tout état de conscience est un complexus dont les éléments kinesthésiques forment la portion stable, résistante*. Si l'on me permet une métaphore, ils en sont le *squelette*. Ils assurent la permanence. Quand nos expériences passées sont ensevelies en nous et pourtant subsistent et même agissent (les faits le prouvent), que peut-il rester d'elles, sinon la portion qui est le tissu de soutien, celle qui se passe le plus aisément de la conscience? »

Il ne s'agit d'ailleurs, pas là, d'une vue de l'esprit. M. Ribot cite, à l'appui de sa thèse, les expériences de Münsterberg, qui montrent l'importance capitale des mouvements dans le mécanisme de l'association. Elles consistent essentiellement à faire répéter à un sujet plusieurs séries de lettres qu'on lui fait passer devant les yeux, puis, dans une seconde série d'expériences, à procéder de la même façon, mais en faisant calculer le sujet à haute voix. Dans ce dernier cas, les erreurs sont notablement plus élevées que dans le premier. Pour Münsterberg, les résultats doivent être interprétés dans le sens d'une inhibition réciproque de mouvements d'articulation verbale.

Il n'est pas sans intérêt, puisque aussi bien l'un et l'autre sont arrivés à des résultats identiques par des voies différentes, de rappeler la même suppression du pseudo-problème de l'*inconscient* chez Bergson. Il n'y a là rien d'étonnant, puisque l'un et l'autre ont toujours pris les faits pour guide. Cela nous est d'ailleurs un sûr garant de nous trouver en présence d'une vraie tendance générale de la psychologie contempo-

©BIUM

raine : « Notre répugnance à concevoir des *états psychologiques inconscients*, dit-il, vient surtout de ce que nous tenons la conscience pour la propriété essentielle des états psychologiques, de sorte qu'un état psychologique ne pourrait cesser d'être conscient, semble-t-il, sans cesser d'exister. Mais si la conscience n'est que la marque caractéristique du *présent*, c'est-à-dire de l'actuellement vécu, c'est-à-dire enfin de l'*agissant*, alors ce qui n'agit pas pourra cesser d'appartenir à la conscience sans cesser nécessairement d'exister en quelque manière. En d'autres termes, dans le domaine psychologique, conscience ne serait pas synonyme d'existence, mais seulement d'action réelle ou d'efficacité immédiate, et l'extension de ce terme se trouvant ainsi limitée, on aurait moins de peine à se représenter un état psychologique inconscient, c'est-à-dire, en somme impuissant... On veut que la conscience, même jointe à des fonctions corporelles, soit une faculté *accidentellement pratique*, essentiellement tournée vers la spéculation. Alors, comme on ne voit pas l'intérêt qu'elle aurait à laisser échapper les connaissances qu'elle tient, vouée qu'elle serait à la connaissance pure, on ne comprend pas qu'elle renonce à éclairer ce qui n'est pas entièrement perdu pour elle... Mais rendez à la conscience son véritable rôle : il n'y aura pas plus de raison pour dire que le passé, une fois perçu, s'efface, qu'il n'y en a pour supposer que les objets matériels cessent d'exister quand je cesse de les percevoir (*loc. cit.*, p. 152-153). »

Sans doute une telle conception va à l'encontre des modes de penser qui nous sont habituels, c'est pourquoi il est aisé de prévoir qu'elle rencontrera, et en fait elle a rencontré, bien des résistances. Ainsi que nous avons eu l'occasion de le montrer à propos de l'interprétation des expériences de Pavlov sur la physiologie des fonctions mentales supérieures (1), la pensée par images n'est cependant pas nécessaire pour rendre compte de beaucoup de phénomènes psychologiques. Il ne faudrait cependant pas tomber d'un excès dans l'autre, et, après avoir abusé des explications intellectualistes, nier l'exis-

(1) Conf. *Annales médico-psychologiques*, août-septembre 1914.

©BIUM

tence des images comme l'a fait par exemple M. Moutier (1).

Il serait aisé de montrer maintenant comment la pathologie est venue corroborer cette hypothèse. Il ne faut pas d'ailleurs oublier que c'est l'examen des cas d'aphasie qui a suggéré à Bergson ses idées sur le rôle du mouvement dans la vie psychologique, dont nous n'avons donné qu'un très bref aperçu. Nous avons surtout en vue les si intéressantes études du professeur Dupré sur l'association de la débilité mentale et de la débilité motrice. Sans doute nous n'ignorons pas que d'après M. Dupré on peut rencontrer des individus normaux et même supérieurs au point de vue psychique, chez lesquels le déséquilibre moteur constitutionnel est aussi accentué que chez des débiles mentaux, et inversement, qu'on peut rencontrer chez ces derniers certaines aptitudes motrices supérieures. Peut-être la contradiction n'est-elle qu'apparente ; certains singes ont aussi une habileté motrice assez développée, sans qu'on puisse leur attribuer un niveau mental bien élevé. C'est qu'en effet les psychologues dont nous avons exposé les idées prennent le terme d'activité motrice dans un sens un peu spécial. Il s'agit de l'*attitude* générale de l'individu, en tant qu'être psychique et physique s'adaptant au monde extérieur. Ainsi on peut très bien comprendre qu'un idiot puisse accomplir une série d'actes mécaniques même très compliqués, comme le peut faire un singe, mais qu'il soit incapable d'observer scrupuleusement une série de phénomènes qui s'accomplissent sous ses yeux, parce qu'il s'agit là d'une *attitude* tout à fait spéciale d'adaptation des sens et du corps tout entier, adaptation motrice désignée dans la psychologie des facultés sous le nom d'attention volontaire. Nous pensons d'ailleurs ne pas nous éloigner, dans cet exposé, de la pensée de M. Dupré qui voit dans ce qu'il a appelé la *paratonie* une insuffisance du pouvoir d'inhibition volontaire sur la musculature des membres (2) ; et d'ailleurs il conclut : « Plus on étudie les troubles

(1) Conf. Moutier. L'aphasie de Broca. *Thèse*, Paris, 1908.
(2) Dupré. Débilité mentale et déséquilibration motrice. *Paris médical*, 1913, p. 415.

©BIUM

moteurs chez les psychopathes, plus on acquiert la conviction que les étroites relations qui unissent les anomalies psychiques et les anomalies motrices sont l'expression d'une solidarité originelle et profonde entre le mouvement et la pensée... Il existe, entre les deux domaines, un parallélisme si frappant que, dans certains cas, les troubles intellectuels peuvent s'exprimer dans un langage emprunté à la description de la pathologie motrice, et qu'on peut réciproquement traduire en termes psychologiques les troubles de la motilité (1). » Ajoutons que notre maître, le Dr Anglade, nous a confirmé maintes fois l'exactitude de ces vues dans la pratique psychiatrique, par la grande importance qu'il attache à juste titre à l'*attitude motrice* des malades vis-à-vis du monde extérieur. Il nous serait facile de donner encore bien des exemples (apraxie, hallucinations, etc.); mais notre but étant d'esquisser simplement quelques tendances de la psychologie contemporaine, nous nous arrêterons là.

Remarquons seulement comment, avec des habitudes d'esprit tout à fait différentes, nous voyons un philosophe comme M. Bergson, un psychologue comme M. Ribot, et un psychiatre comme M. Dupré, arriver à la même conclusion, en ce qui concerne le rôle de l'activité motrice dans la vie psychique. C'est là une preuve objective que la psychologie ne fait pas fausse route en s'engageant dans cette voie et qu'elle ne mérite peut-être pas le dédain dans lequel elle a été souvent tenue.

(1) *Ibid.*, p. 421.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1916

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

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

MM. Witry, membre associé étranger, Rayneau et Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

Mort de M. Magnan.

M. LE PRÉSIDENT. — Depuis sa dernière séance, la Société médico-psychologique a fait une perte cruelle, notre doyen et vénéré maître, le Dr Magnan, a succombé à une cruelle maladie. Sa perte est douloureusement ressentie par tous ses élèves et tous ses collègues.

En raison des circonstances actuelles, un certain nombre d'entre nous n'ont pu lui rendre le suprême hommage de l'accompagner à sa dernière demeure; nous serons donc très heureux d'entendre le discours qu'a prononcé sur sa tombe notre secrétaire général, M. le Dr Ritti.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Au nom de la Société médico-psychologique, je viens, le cœur bien attristé, rendre un suprême hommage à notre cher et vénéré doyen; au savant éminent que nous avons appelé deux fois à la présidence, dont les travaux et l'enseignement ont formé plusieurs générations de médecins aliénistes et porté au loin le bon renom de la médecine mentale française.

Magnan a été nommé membre titulaire de notre Compagnie dans la séance du 27 novembre 1871. La plupart de ses nouveaux collègues et, parmi eux, surtout ses anciens maîtres, dont il avait été, à Bicêtre et

©BIUM

à la Salpêtrière, l'interne dévoué et laborieux, durent s'étonner qu'il ait tant tardé à se présenter à leurs suffrages. Et, de fait, les titres et les travaux scientifiques ne lui manquaient pas. Sa thèse de doctorat sur *la lésion anatomique de la paralysie générale* avait été très appréciée pour ses fines recherches et sa clarté d'exposition; de savantes communications à la Société de Biologie sur les sujets les plus divers lui avaient acquis la notoriété d'un observateur précis et consciencieux, et contribué à sa nomination de médecin du Bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne.

Magnan, sans doute, ne se trouvait pas encore des titres suffisants pour prendre place à côté de maîtres illustres, estimés et aimés; il voulait se présenter à eux mieux muni, mieux armé pour les discussions auxquelles il comptait prendre part.

En attendant, il publiait, dans les *Annales médico-psychologiques*, en collaboration avec son ami Bouchereau, un travail des plus suggestifs sur la statistique des alcooliques entrés au Bureau d'admission à Sainte-Anne, pendant les mois de mars, avril, mai et juin 1870, et les mois correspondants de 1871. C'était le premier d'une série qui avait pour but d'étudier et de combattre l'alcoolisme sous toutes ses formes. Parmi tous ces mémoires sur ce sujet si angoissant et toujours actuel, on a surtout remarqué celui où il décrit avec une merveilleuse précision ses expériences sur les troubles provoqués sur des animaux par l'essence d'absinthe; elles firent beaucoup de bruit à l'époque, mais ne parurent démonstratives, il faut bien l'avouer, qu'à ceux qui considéraient la liqueur verte comme un poison social. Magnan ne voyait de remède à ce mal que dans la défense absolue de la fabrication et de la vente de l'absinthe; il n'a vu ses vœux se réaliser que récemment. J'estime qu'il a dû être intimement satisfait de leur réalisation, quoiqu'elle fût bien tardive et imposée par les plus cruels événements.

Le premier mémoire communiqué à notre Société par notre savant collègue fut un travail de longue haleine, fait en collaboration avec Bouchereau, et intitulé : *Statistique des malades entrés, en 1870 et en 1871, au Bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne.* On peut dire

©BIUM

que c'est là vraiment une œuvre d'actualité : on ne relit pas sans émotion ces pages où est retracé, avec chiffres à l'appui, le développement de l'aliénation mentale à Paris pendant l'Année terrible, car on se reporte naturellement à la situation actuelle, comparable à nulle autre, et l'on se demande quelle sera son influence sur la production des maladies mentales.

Deux questions, du plus haut intérêt dans notre spécialité et que Magnan avait faites siennes en quelque sorte, furent l'objet de longues discussions dans notre Compagnie : la folie héréditaire ou folie des dégénérés et le délire chronique. Notre regretté collègue, qui les provoqua, y prit une part très active, soutenant ses idées avec une rare habileté, mettant à leur service une érudition et des connaissances cliniques peu communes ; il s'appliqua surtout à démontrer qu'entre ses opinions et celles de ses contradicteurs, il n'existait souvent que des nuances résultant moins des faits observés que de leur interprétation.

Les débats sur ces deux questions capitales de la médecine mentale occupèrent de nombreuses séances ; ils furent très animés sans jamais cesser d'être des plus courtois. Par le nombre des orateurs qui prirent la parole, par l'importance des idées qui furent remuées, ils occupent une place des plus honorables dans l'histoire des travaux de notre Société, à la suite des célèbres discussions sur les hallucinations, sur la paralysie générale, sur l'épilepsie, sur la folie raisonnante, etc.

Magnan, qui était un clinicien d'une rare perspicacité, ne se cantonnait pas exclusivement dans les questions théoriques ; il considérait avec raison que le rôle du médecin aliéniste n'est pas terminé lorsqu'il a classé le cas de son malade dans telle ou telle catégorie nosologique. A l'exemple de Pinel, d'Esquirol et de tous les grands maîtres de notre spécialité, il considérait qu'une autre tâche s'imposait à lui, tâche plus difficile, plus délicate, qui consiste à améliorer le sort des aliénés et à réaliser des progrès dans la thérapeutique des maladies mentales. Cette noble préoccupation conduisit notre regretté collègue à l'étude approfondie de deux problèmes à la solution desquels il apporta toute son ardeur, toute sa ténacité, et aussi tout son cœur. Je

©BIUM

veux parler du non-restreint et du traitement des maladies mentales par le repos au lit.

Magnan était un partisan convaincu — et sa conviction était le fruit d'une longue expérience — de la nécessité de la suppression pure et simple des moyens de contrainte dans les établissements spéciaux. Si l'on veut se rendre compte de ce que peut une conviction ardente mais raisonnée, il faut lire la discussion qui eut lieu, en 1880, dans notre Société, sur cette question du non-restreint; notre collègue fut constamment sur la brèche, réfutant pied à pied ses contradicteurs. S'il ne fut pas vainqueur à ce moment, s'il trouva contre lui la majorité de ses collègues, il eut pour lui l'avenir qui justifia sa ténacité. En effet, ces débats eurent d'heureuses et inattendues conséquences. Ils firent germer dans l'esprit de la plupart de ceux qui y assistèrent des doutes sur la nécessité de la camisole et des entraves, et, du doute à la certitude de pouvoir s'en passer, il n'y avait qu'un pas à faire : l'expérience permit de le franchir, et l'on vit bientôt, dans la très grande majorité des services d'aliénés, ces moyens de contention, ou disparaître complètement, ou être réduits à un strict minimum. Magnan pouvait être fier de cet heureux résultat.

Quant à la question du traitement des affections nerveuses et mentales par le repos au lit, dont il s'était fait l'apôtre en France, il voulut qu'elle fût soumise à la section de psychiatrie du Congrès international de médecine de 1900, où elle devint l'objet d'une étude approfondie. Il n'y a plus à discuter aujourd'hui sur l'efficacité de ce mode de traitement, ni à le mettre en doute. Tous ceux qui l'ont appliqué — et je suis du nombre — en ont obtenu d'incontestables succès, dont ils sont redevables aux enseignements du maître, qui prodiguait les conseils de sa longue expérience à tous ceux qui s'adressaient à lui.

« Il faut aimer les aliénés pour être digne et capable de les servir. » Cette belle maxime d'Esquirol, Magnan en avait fait sa devise et toute son existence la justifie. Mais, pour bien servir ces malheureux blessés de l'intelligence, il faut bien les connaître, et on ne les connaît bien que lorsqu'on vit en quelque sorte au milieu d'eux.

©BIUM

C'est bien ce que pensait Magnan. Pendant de longues années, il vécut dans le Bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne comme un bénédictin, selon la juste expression de notre ami regretté Motet, examinant des malades, prenant des observations, les comparant entre elles. Grâce à ce labeur incessant, il put réunir la plus riche collection de faits cliniques, dont on peut apprécier la haute valeur, en lisant les mémoires et les leçons qu'il a publiés.

Son enseignement, qui était très goûté, attirait de nombreux auditeurs français et étrangers. Magnan, dans ses leçons, ne recherchait pas le succès oratoire brillant. Après une exposition nette et précise du sujet traité, il l'illustrait en quelque sorte par la présentation de malades qu'on examinait sous ses yeux et dont il s'appliquait à faire ressortir les symptômes caractéristiques.

Dans ces dernières années, notre collègue n'assistait plus que rarement à nos séances, son grand âge le tenait éloigné de nous ; nous le regrettions, car sa parole autorisée était d'un grand poids dans nos discussions. Mieux que personne, il pouvait donner, à propos d'un fait clinique ou d'un point de doctrine, un avis motivé, que lui dictaient son savoir étendu et sa longue expérience.

Cher collègue et ami, après une longue vie de labeur et de dévouement à la plus triste des infortunes, l'impitoyable mort vous a enlevé à tout ce qui vous était cher. La Société médico-psychologique, votre famille intellectuelle, se sent diminuée par votre disparition ; elle perd en vous un de ses membres les plus illustres, celui qui l'honorait le plus par ses travaux. Mais reposez en paix, vous ne mourez pas tout entier : vous nous laissez un riche héritage scientifique que vos nombreux disciples sauront développer et faire fructifier. Et ce qu'aucun de ceux qui vous ont approché, qui sont entrés dans votre intimité et vous ont vu à l'œuvre, n'oubliera jamais, c'est votre inaltérable bonté pour les malheureux au milieu desquels vous viviez, c'est votre constante préoccupation du mieux que votre grand cœur vous inspirait pour améliorer leur sort ou obtenir leur guérison. Peut-être, plus que votre œuvre scientifique, cette œuvre de bienfaisance restera surtout attachée à votre nom, parce qu'elle est grande et belle.

©BIUM

Puisse l'expression sincère de notre admiration apporter quelque adoucissement à l'immense douleur de Mme Magnan et de toute votre famille; leur deuil est le nôtre; comme eux, nous conserverons pieusement votre mémoire qui est celle d'un vrai savant et d'un homme de bien.

Adieu, cher collègue et ami, adieu.

M. Magnan ayant été président de la Société, la séance est suspendue en signe de deuil pendant dix minutes.

Correspondance manuscrite.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Vernon Briggs, de Boston, qui sollicite le titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Legras, Ritti et Semelaigne, rapporteur ;

2° Une lettre de M. J. Bonhomme, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Capgras, Vallon et Pactet, rapporteur ;

3° La lettre suivante de M. Lucangeli, membre associé étranger :

ILLUSTRE MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Il y a déjà environ cinq ans que j'ai eu l'honneur d'être élu membre associé étranger de votre Société et, jusqu'à présent, par suite de diverses circonstances, je n'ai pu lui apporter, même dans les limites étroites de mes forces, le concours actif qu'aurait voulu mon fervent enthousiasme. Mais je suis tout au moins fier de pouvoir affirmer avoir suivi depuis plus de dix ans l'heureuse direction clinique, vraiment synthétique, psycho-somatique, de l'école française, même pendant qu'une partie des aliénistes italiens s'inspirait des conceptions étroites d'une prétendue école allemande, vacillant et oscillant entre un pur psychologisme analytique, métaphysique, et un grossier somatisme unilatéral histopathologique, avec quelques tentatives malheureuses de synthèse clinique, sujettes à de promptes et fréquentes revisions, corrections et scissions.

Puis vint la guerre actuelle, suscitée par les tendances à la prépondérance et à la domination des barbares, campés jusqu'ici dans le centre de l'Europe avec l'apparence d'une vie civilisée : et la germanophilie de beaucoup commença à se dissiper. L'intervention attendue et désirée de mon cher pays dans le conflit m'a valu l'honneur de suivre, comme médecin-

©BIUM

chef d'un poste de premier secours, un régiment d'infanterie qui fit partie des troupes de couverture à la frontière, dès la mobilisation. Ainsi je me trouvai depuis le début au front, sur la ligne de feu; je passai la frontière trois jours après la déclaration de guerre, le 27 mai 1915, et je passai l'Isonzo au petit jour, le 5 juin 1915.

Mais malheureusement je n'étais pas entraîné à supporter les souffrances et les fatigues d'une pareille vie, et à la fin d'octobre 1915 je dus abandonner la zone de guerre, malade de néphrite et de neurasthénie. Après une longue convalescence, je suis maintenant notablement amélioré, mais non guéri. Je ne sais avec certitude encore si je serai envoyé de nouveau au front ou attaché à un service hospitalier territorial ou laissé encore exempt de service jusqu'à la guérison.

Si mon état de santé et les obligations du service militaire le permettent, je reprendrai mes études de prédilection en préparant une thèse pour l'agrégation à l'Université de Rome. Le sujet qui m'a été imposé est : *la Paranoïa et les psychoses paranoïdes.*

Je vous le signale, illustre Monsieur le Président, avec l'espoir que vous voudrez bien en faire part à vos éminents collègues, en leur communiquant la prière que je vous adresse de m'honorer de vos conseils, en me faisant connaître la littérature française la plus récente sur le sujet.

Mais l'œuvre à laquelle je veux surtout vouer mon enthousiasme et mon activité, sera de rendre plus vive et plus vraie la communion d'idées, dans notre domaine scientifique, entre les deux nations sœurs, en activant les courants de sympathie, d'entente, de collaboration entre Français et Italiens. C'est ainsi que je continuerai encore davantage à faire connaître toujours mieux en Italie la production psychiatrique française, en publiant dans nos périodiques, tant de clinique nerveuse et mentale que de clinique médicale générale, de nombreuses notices bibliographiques et des revues critiques.

J'ai confiance que les membres de la Société ne me refuseront pas leur aide pour cet office et m'enverront brochures et indications bibliographiques. A cet effet, j'indiquerai quelques-uns des sujets les plus intéressants : ainsi, parmi ceux notés par M. Paul Camus, pour 1913 (*Paris médical*, 4 octobre 1913), plus spécialement la notion de *dégénérescence mentale*, les *interprétations délirantes* dans la démence précoce (?) et dans d'autres maladies mentales, les rapports entre la *paranoïa* et la *psychose périodique*, les psychoses familiales.

J'indique aussi la *psychose hallucinatoire chronique* du regretté Ballet, *les confusions mentales primitives*, et surtout l'application à la clinique d'une *psychologie synthétique* (étho-

©BIUM

logie de Stuart-Mill), suivant les idées de Höffding et de Bergson, avec une revision des concepts de schizophrénie, etc., à base de psychologie associationniste et analytique.

Je serais heureux de pouvoir contribuer, par mon modeste travail, au renforcement de la glorieuse alliance latine dans le domaine scientifique. Je vous prie de disposer de moi pour ce noble but.

Voulez-vous offrir à la Société, que vous présidez si dignement, mon hommage de cordial respect et agréer, pour vous, l'expression de mes sentiments dévoués et affectueux.

Rome, 69, via Cola di Rienzo, 18 octobre 1916.

Signé : Dr Gian-Luca Lucangeli.

M. le Président félicite, au nom de la Société, M. Marcel Briand, récemment nommé officier de la Légion d'honneur.

Démarche du Bureau de la Société auprès de M. le Sous-Secrétaire d'État du Service de Santé.

M. le Secrétaire général. — Messieurs, vous avez émis, dans nos dernières séances, une série de vœux que vous avez chargé votre Bureau de présenter à M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé. A votre Bureau vous avez adjoint M. Legras, qui présidait la séance le 17 avril où a été voté le premier de ces vœux, et M. Colin, qui l'avait proposé.

Après m'être entendu avec nos collègues, j'ai adressé une demande d'audience à M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé. La réponse qui m'est parvenue le 9 août dernier nous accordait cette audience pour le lendemain. J'ai aussitôt convoqué mes collègues ; malheureusement, ma convocation n'a pu atteindre que trop tard certains d'entre eux, et, en fin de compte, nous fûmes seulement trois qui avons pu remplir la mission que vous nous aviez confiée : MM. Legras, Chaslin et moi.

Nous n'avons qu'à nous louer de l'aimable réception que nous a faite M. le Sous-Secrétaire d'Etat ; il écouta avec une bienveillante attention l'exposé, fait par M. Legras, du but de notre démarche, et, en recevant nos vœux, il promit de les étudier avec soin et d'en tenir compte autant que possible.

©BIUM

A la fin du mois d'août, je reçus la lettre suivante de M. le Sous-Secrétaire d'Etat :

Paris, le 29 août 1916.

MONSIEUR LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL,

J'ai l'honneur de vous adresser, en vous priant de bien vouloir la transmettre au Bureau, l'expression de mes très sincères remerciements, pour la communication que vous m'avez faite au nom de la Société médico-psychologique de Paris.

Il sera tenu compte des suggestions et des vœux intéressants que contient cette communication ; bien plus, il en a déjà été tenu compte, par la création de centres psychothérapiques aux armées et à l'intérieur.

En ce qui concerne l'avancement des médecins en chef des asiles publics d'aliénés, il ne me paraît pas possible d'adopter le vœu tendant à faire bénéficier ces praticiens des dispositions du décret du 31 décembre 1915 et je vous en exprime mes regrets.

Agréez, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Signé : JUSTIN GODART.

Cette lettre ne répond pas à toutes les questions posées dans les vœux que nous avons présentés en votre nom. Ainsi, il n'y est pas question du point intéressant de l'*utilisation des indisciplinés en temps de guerre*, qui a été ici l'objet d'un long et important débat.

En ce qui touche personnellement les médecins des asiles publics d'aliénés, nommés au concours et mobilisés, nous n'obtenons qu'une fin de non-recevoir et le décret du 31 décembre 1915 ne leur sera pas appliqué.

Ce n'est que sur la question de l'utilisation de la compétence particulière de ces mêmes médecins que promesse est faite de nous donner gain de cause. Nous avions particulièrement insisté sur certains faits, à notre connaissance, de collègues distingués employés au triage des blessés dans des gares, alors que leur compétence devait les appeler dans des centres psychothérapiques. Nous avons été heureux d'apprendre que l'un d'eux, dont nous apprécions hautement le savoir et le dévouement professionnel et qui siège parmi nous, a été enfin appelé dans un service d'aliénés. Nous sommes heureux de ce succès de notre démarche et espérons qu'elle en aura d'autres du même genre.

©BIUM

De l'inégalité d'intérêt du public pour les blessés et pour les malades de la guerre,

Par M. Paul Courbon,
Médecin aide-major de 1re classe
au 66e Bataillon de Tirailleurs sénégalais.

Tout d'abord, il importe de bien délimiter la question que nous avons en vue. Elle concerne l'intérêt et non la sympathie du public. Celle-ci est égale pour tous les soldats combattants, blessés ou malades. La preuve en est dans l'égalité du succès de toutes les œuvres de bienfaisance qui ont les uns ou les autres pour objet.

Une même affectueuse reconnaissance anime la nation à l'égard de tous ses défenseurs. Mais, indépendamment de cette affection, le public accorde aux blessés une attention et fait preuve envers eux d'une curiosité qui sont plus grandes que celle qu'il accorde aux malades. En un mot, tout en les aimant autant les uns que les autres, il s'intéresse davantage aux premiers qu'aux seconds.

Cette supériorité de l'intérêt suscité par les blessés est incontestable. Elle s'affirme dans les constatations que peut faire n'importe quel spectateur d'un convoi sanitaire ; elle est confirmée par le témoignage de nos confrères chargés de trains de la Croix-Rouge ; elle se vérifie enfin par la difficulté relative qu'éprouvent les médecins par rapport aux chirurgiens pour se procurer un personnel infirmier bénévole.

Le public lui-même l'avoue, comme le prouve cette lettre d'une jeune femme qui, après avoir été un modèle de dévouement dans un service de chirurgie, écrivait à une amie : « Je vais me décider à suivre vos conseils et à me reposer, car l'hôpital ne sera plus intéressant du tout ; on va en évacuer les blessés et les remplacer par des malades. »

Il est donc évident qu'on s'intéresse plus généralement aux blessés qu'aux malades de la guerre. Or, l'intérêt n'est autre chose que la fixation et le maintien de l'attention sur un objet capable de procurer une satis-

©BIUM

faction. Ainsi que le montre Cellérier (1), ce n'est que lorsqu'un être ou une chose sont devenus susceptibles de lui servir ou de lui procurer une jouissance quelconque que l'individu s'y intéresse. C'est là ce que l'auteur appelle l'attribut d'instrumentalité par quoi se caractérise l'objet intéressant.

Si donc le peuple prend un plus vif intérêt aux blessés qu'aux malades, c'est que ceux-là satisfont certaines de ses tendances sur lesquelles ceux-ci restent sans effet.

Nous ne parlerons pas des raisons permanentes pour lesquelles la chirurgie jouit ordinairement, chez la majorité des profanes, d'un prestige que n'a pas la médecine, raisons dont les principales sont l'évidence grossière des lésions et des résultats thérapeutiques, l'absence des risques de contagion. Nous n'envisagerons que les circonstances bien spéciales à la guerre, c'est-à-dire les particularités de la mentalité collective de toute nation belligérante.

Tout d'abord, la foule est, à l'égard des blessés, dans un état d'attente qui n'existe pas pour les malades. Blessure et mort dont l'intervention peut être soudaine ont été de tout temps les conséquences prévues de la guerre. Il n'en est pas de même de la maladie. Celle-ci ne se constitue habituellement qu'à la longue et la durée de sa réalisation offre une certaine incompatibilité avec la conception séculaire que l'homme se faisait de la guerre. Les batailles jadis ne duraient pas au delà de quelques journées. C'était suffisant pour s'y faire tuer ou blesser, mais non pour y tomber malade. La maladie est donc, en temps de guerre, pour le public un anachronisme et une déception, tandis que la blessure est à la mode. Il y a là une première satisfaction donnée par le blessé à la commune expectative.

Du même ordre est le contentement fourni à la curiosité générale par le blessé. Celui-ci porte la marque tangible d'une participation à des combats que l'imagination populaire est avide de connaître. On s'approche de lui afin de savoir ce qui se passe dans la mêlée.

(1 Cellérier. L'intérêt. *Revue philosophique*, 1916.

©BIUM

Mais prévision et curiosité ne sont que pour une faible part dans le déterminisme de cet intérêt.

Leur durée éphémère n'expliquerait pas sa permanence. Au bout de quelques semaines, la curiosité s'émousse et la vérification des prévisions n'a plus d'attrait. Pourtant, le blessé continue à attirer la foule, à l'occuper autour de lui. C'est donc dans les aspirations permanentes du peuple belligérant qu'il faut chercher la cause fondamentale de cet intérêt.

Tout pays en état de guerre n'aspire qu'au salut. Son plus urgent besoin est de trouver chez ses défenseurs les qualités indispensables pour assurer sa sauvegarde. Le danger crée et maintient pendant toute sa durée un déplacement des valeurs qui met au premier rang celles qui sont le plus utile à la défense nationale. Les individus ne sont plus hiérarchisés que suivant leur seule puissance combative, c'est-à-dire suivant leur *force* et leur *courage*, et si la foule s'intéresse davantage aux blessés, c'est qu'inconsciemment la vue d'une blessure lui apporte comme une garantie de l'existence de ces qualités chez eux.

En effet, la blessure est une preuve matérielle de la participation de son porteur au combat, ou tout au moins de sa présence devant l'ennemi ; et se battre ou même simplement affronter les coups, c'est faire acte de courage. Ainsi éveillée, l'idée de courage appelle tout naturellement celle de la force. Les plaies évoquent l'image de la lutte et sa violence, par une association spontanée semblable à celle qui inspira le vers de Corneille :

« Ses rides sur son front gravaient ses exploits. »

De tout temps les balafres ont fait supposer des prouesses.

Il en est bien différemment de la maladie, qui suppose, au contraire, une faiblesse physique plus ou moins généralisée. A l'idée de faiblesse est loin de s'associer celle de courage, bien que les deux états ne soient pas incompatibles. La maladie fait penser à l'hôpital et non au champ de bataille ; en tout cas, elle fait douter de la vigueur effective qu'a pu y montrer le sujet.

C'est qu'en effet, le mot malade vient étymologiquement de mal apte, et certainement l'inaptitude à exercer

©BIUM

son courage est la plus grande qui soit. Voilà pourquoi les vétérans se sont toujours glorifiés de leurs cicatrices et ont toujours eu honte de leurs rhumatismes, bien que les unes et les autres eussent la même origine.

En un mot, la blessure est une preuve de courage et une présomption de force, tandis que la maladie est une présomption de faiblesse et ne signifie rien pour le courage. C'est dans cette différence apparente de la valeur combative respective des blessés et des malades que gît le secret de l'inégalité d'intérêt qu'ils suscitent.

L'empressement du public autour des blessés est donc tout d'abord un hommage plus ou moins conscient envers des qualités nécessaires à sa défense ; mais à ce mouvement de reconnaissance s'ajoute bien souvent la naïve illusion d'après laquelle le voisinage d'un individu ou même d'un objet célèbre permet de participer plus ou moins à cette célébrité. Pour le peuple, connaître un grand homme, c'est acquérir un peu de son importance ; voir un héros, lui parler, c'est posséder un peu de son héroïsme. La blessure établit entre le champ de bataille où elle fut reçue et le lieu où elle est regardée et pansée un lien matériel qui favorise encore la naissance de cette illusion. « Nous avons été sévère à cette cession », dit l'appariteur, sans croire mentir. Avec plus de sincérité, celui qui bande la plaie d'un combattant pourra dire : « Nous nous sommes bien battus et nous avons été bien abîmés ».

Mais à y regarder de près tout n'est pas illusoire dans cette prétention au courage, car affronter la vue du sang est déjà faire preuve d'intrépidité pour des gens que les mœurs du temps de paix éloignent de tout spectacle sanglant. Le préjugé de l'influence nocive pour les nerfs sensibles d'une vision brutale est, comme l'on sait, très répandu ; aussi, l'on peut dire que s'approcher des blessés, c'est déjà montrer qu'on est aguerri.

Enfin, il faut remarquer que, dans cet élan vers la blessure et le blessé, l'individu n'obéit pas seulement à son égoïsme individuel mais est poussé encore par le génie de l'espèce. Force et courage, dont nous voyons que la blessure est le symbole, sont à la fois des qualités rédemptrices pour la nation vivante et les facteurs d'une sélection naturelle pour sa descendance. C'est

©BIUM

peut-être parce qu'ils paraissent des mâles plus aptes à procréer dans de meilleures conditions que les femmes sont plus ou moins inconsciemment attirées vers les blessés.

Aussi, devant le peu d'empressement que les infirmières volontaires mettent à s'enrôler dans les services de médecine, alors qu'elles remplissent de leurs gracieuses phalanges les salles de chirurgie, plus d'un médecin maussade est-il tenté de croire qu'une fois de plus Stendhal exprima la vérité quand il écrivit : « Le vrai théâtre de la vertu des femmes, c'est la chambre d'un malade. » Ce n'est pas celle d'un blessé, aurait-il envie d'ajouter à ses moments de dépit !

Proposition de radiation des membres associés étrangers, de nationalité allemande et austro-hongroise,

par M. René Semelaigne.

J'ai l'honneur de proposer à la Société médico-psychologique la radiation des membres associés de nationalité allemande ou austro-hongroise. A cette proposition ont donné leur adhésion les membres titulaires de la Société dont les noms suivent : MM. Antheaume, Arnaud, Blin, Bonnet, Briand, Capgras, René Charpentier, Henri Colin, Deny, Dupain, Dupré, Fillassier, Huet, Kéraval, Klippel, Legras, Leroy, Lwoff, Mignot, Pactet, Picqué, Pottier, Raffegeau, Ritti, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Séglas, Sérieux, Paul Sollier, Truelle, Vallon, Vigouroux, Vurpas.

Respectueux de toutes les opinions, je tiens à vous signaler de suite les objections qui m'ont été faites par trois de nos collègues. MM. Laignel-Lavastine et Trenel, espérant qu'il reste encore du bon grain mélangé à l'ivraie, sont opposés à une mesure générale. M. Legrain m'adresse une lettre dont il demande l'insertion au procès-verbal de la séance, et dont je vais vous donner lecture.

Mon cher Collègue,

Vous me demandez mon adhésion pour appuyer une demande de radiation de nos collègues allemands et autrichiens.

©BIUM

Des suppressions en masse et systématiques de membres correspondants d'une société pour le seul motif qu'ils appartiennent à une nation ennemie, ne me paraissent pas une manifestation utile ni opportune. J'ai beaucoup déploré que dans d'autres Sociétés savantes on se soit livré à ce travail d'élimination qui ne me paraît pas à la hauteur du bon renom de la France.

Les raisons pour lesquelles nous avons admis parmi nous des confrères de langue allemande, sont d'ordre purement scientifique. Ces raisons sont d'essence supérieure et dominent de très haut les conflits humains.

Si nos collègues allemands ont personnellement démérité, qu'on l'établisse; je serai le premier à souscrire à leur expulsion. Mais cette opération vaut d'être individualisée et surtout de l'être après les hostilités, quand, avec tout le sang-froid nécessaire, nous aurons pu juger la situation.

Il va de soi que la manière de voir différente de mes collègues est de ma part l'objet du plus profond respect. Je désire que ma pensée soit également respectée et bien comprise. Il n'est pas inutile de rappeler que mon patriotisme ne saurait être mis en doute. J'ai, à cinquante-sept ans, accepté d'être mobilisé; je le suis depuis vingt-six mois. Mes pertes au front ont été rudes et il me reste un fils aux armées.

Croyez, mon cher collègue, à mes plus cordiaux sentiments.

Dr LEGRAIN.

Ainsi, M. Legrain pense que les raisons pour lesquelles nous avons admis parmi nous des médecins allemands, étant d'ordre purement scientifique, sont d'essence supérieure et doivent dominer de très haut les conflits humains. J'avoue avoir voté l'admission de membres associés de nationalité allemande. J'ai même présenté des rapports de candidature les concernant, mais je n'ai jamais cru accomplir un acte rituel, d'essence quasi divine, et dont les effets devaient planer au-dessus des contingences humaines. D'ailleurs nous en avons assez des rêveries humanitaires et pacifistes d'avant-guerre, nous en avons assez de la soi-disant fraternité des peuples, de ces utopies néfastes qui endormaient les vigilances et ont failli nous coûter notre indépendance nationale.

Certes, il ne saurait être question, dans une société scientifique, de vengeance ou de représailles, mais personne ne peut nous contester le droit de rompre toute relation avec des gens dont la mentalité n'est pas la

©BIUM

nôtre. Quelle fut, en effet, depuis le début de la guerre, l'attitude des savants d'outre-Rhin?

Les uns ont nié effrontément les crimes commis, d'autres ont invoqué les nécessités de la lutte, d'autres enfin préférèrent tout ignorer. Ceux d'entre vous qui n'assistaient pas à la séance du 27 mars dernier, ont pu lire dans les *Annales médico-psychologiques* la lettre typique d'un médecin autrichien. « Longtemps, écrit-il, je n'ai pu comprendre que la France nous haïssait, nous, les Autrichiens et les Allemands, d'une manière si implacable; même de longs mois, jusqu'à la maladie dont je fus atteint à l'armée, je ne pouvais m'empêcher de croire qu'il y avait au moins quelques Français qui nous appréciaient équitablement, nous Européens du centre. Je vois avec douleur que ce n'est pas le cas. Et ce qui est trop est trop. Les compatriotes de Gœthe et de Mozart sont traités de barbares. » Il est facile de répondre au médecin viennois que si les compatriotes de Gœthe et de Mozart sont traités de barbares, s'ils ont suscité l'implacable haine, c'est qu'ils se sont montrés les dignes fils d'Arminius, les soudards des deux empereurs et rois.

A cet étonnement d'un Germain, je tiens à opposer une parole française. MM. Mirman, préfet de Meurthe-et-Moselle, Simon, maire de Nancy, et Keller, maire de Lunéville, viennent de fonder la Ligue du Souvenir, afin de perpétuer dans le pays la mémoire du crime, et d'empêcher la croissance « des mauvaises herbes de l'oubli ».

Voici ce que nous content ces témoins véridiques : « En nos villages où la bête allemande s'est déchaînée, ivre de meurtre, quel sentiment domine dans l'âme des pauvres rescapés, de ceux qui ont vu leurs vieux parents, leurs femmes et leurs enfants assassinés, les curés et les instituteurs rassemblés sous les crachats, les coups de bottes et les baïonnettes des bourreaux? Celui-ci : Pourvu, disent ces malheureux, pourvu que la France sache ce qu'ils ont fait. » Et des rapports officiels il a été extrait une courte brochure dont les titres de chapitres sonnent comme des coups de clairon : « Ils ont volé. Ils ont assassiné. Ils ont violenté des femmes et des enfants. Ils ont achevé des blessés. Ils se sont

©BIUM

cachés derrière les femmes. Ils ont martyrisé les prisonniers civils. Ils ont, pour s'excuser, menti et calomnié. »

Un dernier mot. Il y a deux ans, la Germanie entière se ruait à la guerre, l'espérant courte et bonne. Soldats, agriculteurs, négociants et savants, pleins de mépris pour ces pacifistes qui n'avaient pas cru à la lutte prochaine, pour ces nations inférieures destinées à disparaître, acclamaient la plus grande Allemagne. Un jour la paix renaîtra, mais nous sommes décidés à ne pas nous laisser envahir à nouveau par l'infiltration teutonne. Sur les terres arrosées par le sang des martyrs vient d'éclore la fleur du souvenir, et nous nous souviendrons. Tous là-bas sont solidaires, tous doivent endosser leur part de responsabilité. A ceux que jadis nous avons accueillis parmi nous, nous sommes donc en droit de dire : nos cultures sont différentes, nous ne vous connaissons plus.

M. Witry (de Metz). — Mes chers collègues, à partir du commencement de la guerre jusqu'au 30 novembre 1914 j'ai eu, comme médecin-chef du Centre neurologique et psychiatrique de la forteresse de Metz, l'occasion de voir un très grand nombre de médecins allemands. Je leur ai demandé, en présence des atrocités commises par les troupes allemandes en Belgique et dans les départements français envahis, ce qu'ils pensaient des relations médicales entre la France et l'Allemagne après la guerre. Leur réponse unanime, catégorique et souriante de vainqueurs fut : « Nous ne voulons plus de relations avec la science française. La science allemande se suffit à elle-même, et nous ferons nos Congrès avec les neutres. Le manifeste de nos Intellectuels le dit clairement et rompt tous les ponts avec les savants français pour cent ans. Nous serons, du reste, les vainqueurs et imposerons notre volonté, notre loi, notre génie à la science française. Peu nous importe le jugement de l'histoire. »

Comme eux, parlaient toutes les revues médicales et scientifiques, tous les journaux sans exception de toute l'Allemagne. Comme eux, parlaient les officiers et soldats dans l'intimité de mon service. Ils avouaient tranquillement qu'ils commettaient des crimes pires que les barbares de tous les temps et de toutes les zones. Mais

©BIUM

ils disaient : « Peu importe ce que dira l'histoire plus tard, pourvu que nous soyons vainqueurs. Il faut faire la guerre en soldat et pas en esthète. » Regardez-les, ils savent faire la guerre !

Je n'oublierai jamais deux médecins que j'ai rencontrés pendant ces quatre mois. L'un était un jeune et calme héros, le Dr Mozer, de Paris, élève de Babinski. On m'envoya à son chevet, en me disant qu'il s'était tiré, par inadvertance, une balle de revolver dans le crâne. J'examinai mon pauvre collègue ; je vis qu'on avait traîtreusement tenté de l'assassiner, comme il l'a raconté dans l'*Echo*. Je leur jetai l'insulte de la vérité à la face ; ils nièrent effrontément.

L'autre médecin était un Allemand, médecin directeur de l'hôpital ; jeune, svelte, pommadé, sa figure poméranienne fardée de blanc et de rouge. Il venait d'un régiment de la garde à Berlin. Il y portait le sobriquet : la longue Berthe. C'était un homosexuel. *C'était aussi le bourreau des Francais blessés à l'hôpital n° 1 où j'étais.* Ce lâche, c'était le médecin-major Goetting.

Je ne vous parle pas de leurs viols, de leurs vols, de leurs tueries d'enfants, de femmes et vieillards, de leur destruction inutile des œuvres d'art — on en parle assez. J'ai vu et constaté sur place que tout ce peuple est barbare, les médecins aussi. Quoi que vous décidiez, moi, neutre, je ne toucherai plus jamais la main rougie du sang français, belge et serbe d'un médecin allemand ; je ne veux plus me mettre à côté d'un homme qui a volé et violé ; ce peuple me dégoûte ; il ne vaut pas même l'honneur qu'on lui crache à sa figure doucereuse, souriante, d'Hérode moderne.

Après un court échange de vues, l'ordre du jour suivant est adopté à l'unanimité des membres présents :

« La Société médico-psychologique approuve la motion de M. Semelaigne et s'associe à sa critique de la lettre de M. Legrain. Elle fait observer que dans leur « Appel aux peuples civilisés », en octobre 1914, les 93 Intellectuels, élite de la pensée allemande, parlant *en qualité de représentants de la science et de l'art allemands*, ont proclamé que *c'est pour protéger la civilisation allemande que, né d'elle, le militarisme s'est formé dans un pays qui fut pendant des siècles livré*

©BIUM

comme pas un autre au brigandage des invasions ; que *l'armée allemande et le peuple allemand ne font qu'un.* Elle considère qu'en se solidarisant ainsi avec leurs armées, ces intellectuels ont assumé la responsabilité des forfaits les plus abominables et qu'ils se sont mis, eux et leurs mandants, en dehors de toute morale et de toute humanité. »

« En conséquence les membres associés étrangers de nationalité allemande ou austro-hongroise sont rayés des listes de la Société médico-psychologique. »

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire de la séance,

RENÉ SEMELAIGNE.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1916

Présidence de M. VIGOUROUX, président.

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

M. Witry (de Metz), membre associé étranger, assiste à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Marcel Briand, qui remercie la Société des félicitations qu'elle lui a adressées à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur ;

2° Une lettre de M. Conbon, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société. — Commission : MM. Laignel-Lavastine, Pactet et Ritti, rapporteur.

La Société adresse ses meilleurs vœux de prompte guérison à M. de Clérambault, qui vient d'être blessé à Salonique.

La Société adresse ses vives félicitations à M. Beaussard, membre correspondant, qui vient d'être cité pour la deuxième fois (citation à l'ordre de l'armée).

©BIUM

Rapports de candidature.

M. PACTET. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Vallon, Capgras et Pactet, rapporteur, pour examiner les travaux scientifiques de M. le Dr Bonhomme qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique. M. Bonhomme n'est pas un nouveau venu en psychiatrie, il est un aliéniste de carrière. La remarque a son importance, à une époque où les circonstances sont merveilleusement favorables, dans tous les domaines de la médecine, aux initiatives audacieuses, suggérées par une inébranlable confiance en soi, un sens de l'opportunité toujours en éveil et une prévoyance avisée de l'avenir.

Après avoir terminé son internat dans les asiles de la Seine, M. Bonhomme fit une thèse des plus intéressantes sur *Les déséquilibrés insociables à internements discontinus et le service spécial des aliénés difficiles à l'asile de Villejuif*. Ce travail se compose d'une partie clinique et, si je puis dire, d'une partie juridique. La première comprend douze observations de malades oscillant entre l'asile et la prison, et la deuxième établit la nécessité d'une réglementation spéciale pour l'internement et la sortie de ces sujets. C'est là, en effet, un point sur lequel la loi de 1838, tant décriée par certains, sans mériter cependant, à notre avis, toutes les critiques qu'on lui adresse, demandait à être complétée, encore bien même que le législateur ne puisse pas être accusé d'omission, le domaine de la médecine mentale s'étant enrichi d'espèces qui alors n'étaient pas considérées comme lui appartenant. Enfin, l'auteur termine en exposant les avantages qu'offre pour l'assistance de ces insociables, la section spéciale, créée, à l'asile de Villejuif, sous l'impulsion du Dr Colin qui la dirige. Ce travail, aussi consciencieux que documenté, a d'ailleurs retenu déjà l'attention de la Société médico-psychologique qui décerna en 1912, à l'auteur, le prix Moreau (de Tours).

Pendant la durée de son internat, M. Bonhomme avait fait déjà un certain nombre de communications à

©BIUM

différentes Sociétés savantes. Je citerai, entre autres, la présentation avec M. Truelle, à la Société clinique de médecine mentale, d'*un cas d'état obsédant à forme hallucinatoire*. Il s'agit d'une malade qui, pendant de longues années, présenta d'abord des hallucinations psycho-motrices, puis des hallucinations auditives verbales, sans délire ni affaiblissement intellectuel. Pour les auteurs, ce syndrome morbide ne se rattache pas au délire de persécution, — la malade n'ayant aucun des caractères constants des persécutés hallucinés — mais bien au groupe des obsessions dont il semble constituer une forme un peu spéciale.

A la même Société, M. Bonhomme présenta aussi une observation d'*acromégalie chez un imbécile*. Avec M. Briand, il communiqua à la Société de Médecine légale *un cas de mort par suffocation au cours de l'accès épileptique*.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler que cette année, à nos séances de mai, juin et juillet, MM. Nordman et Bonhomme nous ont fait des communications sur l'*utilisation des indisciplinés en temps de guerre*, ayant pour but de montrer qu'il était urgent pour l'armée de récupérer le plus possible de forces perdues, en créant, sur le modèle des bataillons d'Afrique, des bataillons spéciaux composés d'indisciplinés utilisables. Ils précisaient les conditions de recrutement des sujets de cette catégorie ; des chefs qui seraient appelés à les commander, et de la sélection médicale dont ils devraient être l'objet. « De toutes façons, la création de bataillons d'indisciplinés semble s'imposer, disaient-ils, car elle permettra de dégager les hôpitaux où ils sèment le mauvais esprit, de sujets qui échouent à l'hôpital, après avoir été rejetés par le commandement. Elle fera récupérer et utiliser des soldats dont la valeur combative n'est pas douteuse. » Puis, passant du point de vue militaire au point de vue social, ils faisaient remarquer que leur manière de voir offrait cet avantage que, tous devant contribuer à la défense de la patrie dans la mesure de leurs moyens, la sélection par les lois de la guerre ne se ferait pas uniquement par le haut, au grand détriment de la société de demain. Ils vous demandaient d'émettre un vœu tendant à modifier l'état de chose

actuel. Après une discussion, où se manifestèrent des opinions diverses, la Société se ralliait à leurs conclusions et nommait une Commission chargée d'élaborer un rapport qui fut présenté par votre bureau au sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé.

Enfin, à la séance de juillet, M. Bonhomme, toujours en collaboration avec M. Nordman, vous apportait le résultat d'observations faites dans mon service de l'hôpital militaire de Maison-Blanche, auquel ils étaient attachés, sur les malades commotionnés. Leur communication sur les *caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale* est peut-être le tableau le plus clair et le plus précis qui ait été tracé du syndrome offert par les malades de ce genre.

Messieurs, en accueillant M. Bonhomme, la Société médico-psychologique s'attachera un collaborateur des plus distingués, aussi votre Commission vous propose-t-elle de lui accorder le titre de membre correspondant qu'il désire obtenir.

Conformément à ces conclusions, M. Bonhomme est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Legras, Ritti et Semelaigne, de vous présenter un rapport sur la candidature du Dr Vernon Briggs qui sollicite le titre de membre associé étranger. Ancien directeur du New England hospital pour femmes et enfants, secrétaire du bureau des aliénés de l'Etat de Massachusetts, chef du service médical du dispensaire de Boston, membre de l'Association médico-psychologique américaine, le Dr Vernon Briggs s'est particulièrement voué à l'amélioration du sort des aliénés. Sous son impulsion a été créé à Boston un hôpital d'observation où sont transférés les malades qui étaient auparavant conduits au poste de police. Une loi, inspirée par lui, a confié à des instructeurs spéciaux le soin de combattre l'oisiveté des malades, de les occuper et de fixer leur attention. De plus, il a conçu l'organisation d'un service social ayant pour mission de favoriser la rentrée dans la vie commune des aliénés guéris et de leur redonner la confiance d'un public enclin aux préjugés.

©BIUM

Les divers écrits du Dr Vernon Briggs se rapportent surtout aux œuvres dont je viens de vous parler.

Votre commission vous prie d'accueillir favorablement sa demande et de lui accorder le titre de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Vernon Briggs est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

Le centre neurologique et psychiatrique de la forteresse de Metz en 1914,

Par M. Witry (de Metz).

Le 30 juillet 1914, vers cinq heures du matin, je « *dus* » me présenter à l'hôpital n° 1 de la forteresse de Metz, rue de Pontiffroy, comme médecin.

L'ancien hôpital français n'a pas beaucoup changé. Il est installé pour environ 900 lits ; trois services : 1° chirurgie ; 2° maladies internes et 3° maladies nerveuses et les aliénés. Quand j'arrivai, je trouvai dans la première cour le médecin général von Boeckh, à cheval, en tenue de campagne. Présentation courte ; accueil courtois. « Charmé, monsieur le Confrère, dit-il, vous aurez beaucoup de travail ici. » Il avait raison. Un brigadier me conduisit auprès du médecin général inspecteur de la forteresse, M. Koerner, un homme très aimable. « Vous serez médecin-chef du service neurologique et psychiatrique de la forteresse, monsieur le confrère », me dit-il. Réponse : « Très bien, monsieur le confrère, mais il me faut des papiers d'identité de votre part pour le service dans les forts et sur le front, si l'on m'appelle. » — « Vous avez raison, voilà les trois pièces nécessaires, monsieur le confrère. » C'était fait en cinq minutes, dans le brouhaha de l'hôpital grouillant de soldats. Je voyais *nettement* cette tranquillité méthodique d'un peuple de 70 millions prêt à une guerre formidable, *longuement* préparée. Je n'aime pas les ronds de cuir, je déteste la paperasserie. La déclaration de guerre avait tué M. Lebureau en Allemagne (il revécut plus tard). Je pensais à mon pays, le Luxem-

©BIUM

bourg ; je pensais à tous mes amis en France ; je me disais : « Attendons ! » et avec mes trois chiffons à l'aigle boche j'allai commencer l'examen de mon service, le seul médecin civil, en habit civil avec le brassard de la Croix de Genève parmi le tourbillon des « feldgrauen ». Comme le nouvel hôpital militaire de Metz était encore en voie de construction, il fallut m'arranger dans l'hôpital français. J'allai voir d'abord mes infirmiers. L'infirmier-major Stutius venait d'arriver de Dusseldorf. C'était, dans le civil, un secrétaire général de la Cour des comptes de la grande ville. Ventru, bon garçon, amateur de toutes les bonnes choses de la vie, n'ayant jamais vu un aliéné, il me présentait les infirmiers : commerçants, fabricants, agriculteurs, chefs de rayon, bistrots, prêtres, ouvriers, tous en uniforme feldgrau. Tout ce monde n'avait jamais soigné d'aliénés. Tout ce monde rectifiait la position devant le spécialiste luxembourgeois en civil.

Le maréchal des logis d'antan, Stutius, voulut faire un rapport. Je coupai court. « Rompez ! » Tous ces gens âgés étaient contents. Je leur dis que ces manières de pas d'oie ne me convenaient pas, que nous étions là pour travailler, et ensuite je leur fis un petit cours sur le traitement des nerveux et aliénés. Je constatais que ces hommes, affranchis des chinoiseries militaires, se voyant traités en hommes civils par moi au milieu de ce grand hôpital, ont donné pour le service tout ce que l'on pouvait demander et sont devenus, après peu de temps, de bons infirmiers. Quand mon speech fut fini, je déclarai en français, que dans mon service n° III le français et l'allemand étaient permis, que nous étions en Lorraine, où le français est la langue maternelle. « Installez-vous ! messieurs ! »

L'infirmier-major et moi commençons alors la revision de notre service. Les 150 lits (français encore d'avant 1870) étaient impeccables, tout était très propre. Ce qui était ennuyeux, c'était la distribution des salles. D'un côté, au troisième étage, j'avais deux salles pour la psychiatrie pure ; de l'autre, au même étage, deux grandes salles pour les nerveux, asthéniques, etc. Au premier, il y avait les chambres pour les officiers ; au rez-de-chaussée, encore des chambres

©BIUM

pour officiers, et dans un coin de la troisième cour, où mon service fonctionnait, je devais trouver six cellules, à la manière du temps où Pinel réformait. Les cellules et les chambres du rez-de-chaussée avaient des grilles. Vis-à-vis de ma salle de travail étaient les salles pour les blessés français, officiers et soldats. La visite était rapide. A 8 heures, je me présentai au médecin directeur de l'hôpital, le Dr Ebertz, médecin général aussi, très aimable, très bienveillant vis-à-vis de tous les blessés et malades, allemands et français. Ebertz était israélite. J'ai fait cette observation, pendant la guerre, que les médecins et prêtres israélites étaient humains et corrects. Quant aux autres confrères dans l'hôpital, je les ignorais. Ils m'appelaient souvent pour des consultations. Comme ils étaient tous pangermains, je les évitais. Le travail, du reste, ne laissait pas de loisirs.

A 5 heures du matin, toutes les salles de mon service étaient dans un ordre parfait.

Le gouverneur militaire de la forteresse voulut m'imposer un règlement pour la levée des malades, la sortie, etc. Je refusai catégoriquement, en lui écrivant qu'il n'était pas médecin neurologiste ni psychiatre. Il confirma mon point de vue et on me laissa travailler. La Croix-Rouge de Metz demanda plusieurs fois à mettre des infirmières dans mon service. Réponse négative : « J'ai des Alsaciens-Lorrains malades dans mon service avec lesquels il faut parler français. Vos dames ne le parlent pas. » J'avais aussi d'autres raisons pour refuser. Les deux autres services avaient des infirmières.

Les « Heeresschwestern » (sœurs de l'armée), attachées aux hôpitaux militaires, étaient excellentes ; les dames infirmières volontaires — il y en avait de treize ans — ne valaient rien. Le ministère de la Guerre à Berlin envoyait naturellement tous les jours une circulaire — tout comme le font les ministères de guerre des autres pays. Je n'ai ouvert aucune de ces enveloppes, je les mettais tranquillement sur un tas en dessous de ma table — un mètre de haut pour mon successeur. J'attribue le bon fonctionnement de mon service pour beaucoup à cette mesure antimilitariste.

J'étais le seul spécialiste sur place, je créais et

©BIUM

ordonnais à volonté, renvoyant toute discussion de mes mesures par qui que ce soit, me dépensant pour les malades. C'était aussi un plaisir de travailler. Télégraphe, téléphone, automobiles, etc., tous les moyens de faire vite étaient à ma disposition. M. Lebureau n'entrait pas chez moi.

Le seul qui ait essayé de m'embêter le premier jour, c'était l'Armeebischof (évêque de l'armée), Schmitz, un Alsacien qui avait tourné casaque et marchait avec le bon vieux Dieu allemand. Quand je rentrai avec mon infirmier-major de la visite au Dr Ebertz, je fus appelé dans le quartier des cellules. On avait amené les premiers agités, trois territoriaux. Un Lorrain déprimé avec idées de suicide occupa la première cellule avec deux infirmiers. La deuxième cellule reçut un agité avec des hallucinations de l'ouïe, homme qui était malade depuis longtemps et qu'on avait incorporé quand même. Le certificat médical de son médecin traitant était dans sa poche. Le troisième était un Wurtembergeois, chez qui avait éclaté, le jour de la mobilisation, un délire de persécution. J'étais en train de l'examiner en présence de cinq infirmiers, lorsque la porte de la salle de consultation s'ouvrit. Entra un homme grand, ventripotent, en soutane noire, écharpe violette, ruban violet autour du chapeau, figure de sous-officier rogne. Pas de bonjour de sa part. Mon malade continuait à déclamer. « Vous désirez, monsieur? » — « Je n'ai qu'à commander; je suis l'Armeebischof Dr Schmitz, et je veux que vous me montriez votre service. La loi militaire autorise ma visite. » (On m'a dit plus tard que la loi militaire, en temps de guerre, autorise effectivement ces visites en Allemagne.) Je restai tranquillement sur ma chaise. Mes infirmiers regardaient au « garde à vous » ce Monseigneur, comme des statues. « Rompez ! » commandai-je, « et moi, Monsieur Schmitz, je suis le médecin-chef du service III, et personne n'entre dans mon service sans ma permission, et si, en cinq minutes, vous n'êtes pas sorti de la chambre, je vous ferai enfermer par ces cinq infirmiers dans une cellule. C'est moi qui commande ici. Garde à vous, messieurs ! » Mgr Schmitz se retira prestement et envoya une réclamation au ministère de la Guerre à Berlin. On fit une

©BIUM

enquête pendant deux mois, on me donna théoriquement tort, mais on me laissa complètement libre dans mon service.

Le médecin directeur passait à travers les salles, regardait par le judas des cellules, et, comme tout marchait bien, s'en allait. Le plaisir de travailler n'était pas gâté par un directeur civil à côté. J'ai trouvé ce système allemand, d'administrer leurs hôpitaux par des médecins militaires, excellent. Ils faisaient la guerre militairement. Les riz-pain-sel de l'hôpital étaient des adjudants aux ordres du médecin directeur. Dès les premiers jours, je fus invité à prendre part aux réunions hebdomadaires des médecins des trente-deux hôpitaux de la forteresse. Je déclinai poliment en alléguant mon travail. Ce n'était pas mentir. Quinze jours après mes débuts guerriers, le trésorier-payeur me pria de porter l'uniforme contre paiement de 150 marks. Je refusai poliment, en invoquant ma neutralité luxembourgeoise et en déclarant suffisant le port du brassard de Genève. Ce richard militaire était offusqué de voir un civil comme médecin-chef de service dans un hôpital allemand. Il revint plusieurs fois à l'attaque, mais son trésor ne me tentait pas.

Derrière mes cellules eurent lieu les assemblées religieuses des différentes religions. Comme mes malades étaient toujours agités par les sermons, je demandai le transfert de ces réunions ailleurs au médecin général de la garnison et de la forteresse. On ne m'accorda pas ce désir, parce qu'il n'y avait pas d'autre place disponible dans l'immense bâtisse. J'avais donc tout le loisir d'écouter les ministres du bon vieux Dieu allemand devant les soldats commandés devant eux. Quant à mon service, j'avais introduit la liberté de conscience complète, par égard pour le genre spécial de mes malades.

Les ecclésiastiques protestants prêchaient une haine farouche, féroce, ignoble, contre la France, et, plus tard, contre l'Angleterre. Ils brodaient à vomir le thème du peuple allemand, élu par Dieu pour régénérer le monde dans le sang. Les ecclésiastiques catholiques confirmaient aussi la sélection des Allemands en termes énergiques, et, chose que je n'avais jamais vue, donnaient aux soldats partant pour le front *l'absolution complète*

©BIUM

et entière de tous leurs péchés à venir. Les soldats se le tinrent pour dit. Je compris alors pourquoi les Bavarois et Rhénans catholiques commirent ces atrocités inouïes vis-à-vis de femmes, d'enfants, de vieillards.

L'Allemand voulait arriver vite au but.

Les prêtres devaient user de leur influence formidable sur ces cerveaux préparés depuis leur tendre enfance systématiquement au pangermanisme. Le sentiment religieux de ces millions de soldats fut lancé par eux dans le paganisme des hécatombes de faibles et d'innocents. Le Christ fut porté devant cet infâme peuple de barbares ; sa parole de paix fut changée traîtreusement en cri de guerre, en cri de carnage ; les ecclésiastiques protestants et catholiques firent du Christ un aide de camp de l'hystérique Guillaume. Les ecclésiastiques juifs furent des hommes calmes et pondérés, produits d'une race internationale. Ils enseignaient à leurs ouailles tout simplement de faire leur devoir comme guerriers qui avaient juré sur le drapeau allemand et de ne pas salir l'honneur de leur uniforme. Pas un mot de haine ni d'excitation contre la France. Je ne peux naturellement pas juger de l'influence psychique de leurs paroles.

Note sur un cas de séton du crâne par balle de mitrailleuse. Présentation du malade,

par le Dr RAFFEGEAU (du Vésinet).

Messieurs, j'avais, il y a deux mois, dans mon service, à l'Hôpital auxiliaire n° 30, au Vésinet, un militaire dont la blessure m'a paru de nature à intéresser les membres de la Société médico-psychologique et que je vous présenterai tout à l'heure.

Jean T... est né le 5 juillet 1892, en Bretagne ; il appartient à l'armée de l'infanterie et a été blessé à la tête, dans la Somme, le 4 juillet 1916. Bien qu'il fût couvert de son casque, une balle de mitrailleuse lui a traversé la partie antérieure du crâne, entrant à droite, à 6 centimètres au-dessus de l'arcade

©BIUM

sourcilière et à 12 centimètres du conduit auditif, et sortant à gauche à 9 centimètres au-dessus du conduit de l'oreille et à 9 centimètres de l'arcade sourcilière.

Le trajet du séton est de 13 centimètres.

Le casque est resté dans la tranchée. Le blessé ne perdit pas immédiatement connaissance, mais nous manquons de renseignements sur les symptômes observés chez lui à l'ambulance du front.

Transporté à Amiens, il y subit une double trépanation et il y eut, dit la feuille d'observation, issue de la matière cérébrale par les deux plaies. Le malade, qui restait couché et pouvait à peine ouvrir la bouche, fut soumis au régime lacté, et dès qu'il fut transportable, on l'évacua sur l'hôpital 64 du Vésinet, où il resta encore couché pendant quelques semaines et il nous fut enfin envoyé à l'hôpital n° 30, le 6 septembre dernier, étant sorti peu à peu de l'amnésie, dont il avait été atteint dès le début.

A son arrivée, nous constatons que la plaie du côté gauche ou de sortie est à peu près cicatrisée, mais il n'en est pas de même du côté droit où l'on sent encore avec le stylet la présence d'une petite esquille.

Le blessé, qui est robuste, a le visage coloré : il nous sourit, mais ne semble pas bien saisir nos questions, et quand nous approchons notre montre de ses *oreilles*, nous remarquons que le tic-tac n'est pas perçu à gauche et très faiblement à droite.

Les *yeux* sont légèrement congestionnés, mais la *vue* est bonne.

Invité à montrer sa langue, T... peut à peine la sortir de la bouche et du reste il entr'ouvre à peine les lèvres. La *parole* est hésitante et T... nous dit qu'il ne bégayait pas avant l'accident. Il compte assez bien de dix à vingt, mais ne peut prononcer les mots artilleur d'artillerie, surtout le dernier. Son bégaiement est encore plus marqué lorsqu'il est sous l'influence d'une émotion.

L'*odorat* et le *goût* sont atténués et le blessé nous raconte qu'il met force poivre et sel dans ses aliments.

La *sensibilité* de la peau est assez bien conservée sur tout le corps, sauf du côté droit de la face où il y a une légère paralysie et une anesthésie qui s'étend jusqu'au pavillon de l'oreille.

Les *réflexes rotuliens* sont normaux. Toutefois T... présente une claudication assez accentuée de la jambe droite et il accuse des douleurs continuelles dans la colonne vertébrale, au niveau de la région dorsale.

Nous aurions voulu aussi rechercher s'il existait, en même temps que le bégaiement, des troubles de l'écriture, mais le blessé est tout à fait illettré.

©BIUM

Tels étaient les symptômes qui furent notés il y a un mois. Depuis cette époque, plusieurs petites esquilles ont été retirées de la plaie frontale droite et T... parle maintenant beaucoup mieux, il ouvre sa bouche à moitié et peut tirer la langue, de sorte que l'*aphasie* du début peut être attribuée à des phénomènes de compression. « Les mots me venaient sur les lèvres, dit le blessé, et je ne pouvais les prononcer. »

Dans l'étude remarquable que vient de publier le Dr Henri Brodier sur la trépanation (1), nous trouvons une observation analogue à celle de T... La voici :

L... (N.-C.-E.), cavalier de 2e classe, trente-cinq ans. Blessé le 24 juin, à la tranchée de Calonne, à 19 heures, par une balle ayant traversé le cerveau de part en part, de la région fronto-pariétale gauche à la région fronto-pariétale droite. Premier pansement au poste de secours à 19 h. 50, par un médecin. Entrée à l'hôpital n° 1, le 25 juin. Perte de connaissance et aphasie.

Trépanation double le 25 juin à 17 heures. Le blessé a été évacué le 16 juillet 1915, n'ayant comme phénomène pathologique qu'un peu d'incontinence d'urine, incontinence intermittente d'origine nerveuse.

Ainsi donc il semble établi, et de nombreux cas du même genre viendront sans doute le démontrer d'une façon plus catégorique, que le crâne peut être perforé avec perte de substance cérébrale, et dans sa partie antérieure, sans que l'intelligence soit atteinte ou du moins avec des troubles tels que l'*amnésie* et l'*aphasie* susceptibles de disparaître assez rapidement.

Tel était le but de ma petite communication.

Le blessé est ensuite présenté aux assistants et répond nettement à leurs questions. Avant de refaire son pansement, le Dr Raffegeau fait remarquer que tout le côté gauche du visage est devenu *glabre*, y comprise la partie du cuir chevelu sous-jacente à l'orifice de sortie du projectile.

(1) *La trépanation*, par le Dr Henri Brodier. A. Maloine et fils, éditeurs. Paris, 1916.

©BIUM

DISCUSSION

M. VIGOUROUX demande s'il a été procédé à la recherche de l'aphasie sensorielle.

M. RAFFEGEAU. — Le malade ne présentait que de l'aphasie motrice pure.

La prochaine séance aura lieu le lundi 18 *décembre.*

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des séances,

J.-M. DUPAIN.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

The journal of abnormal psychology.

(Année 1909-1910).

I. — *Le mécanisme de l'amnésie*; par le Dr I.-A. Corriat (numéros d'avril et d'août). — Quand la conservation est altérée, et que l'individu ne peut volontairement reproduire un souvenir, on peut par des méthodes diverses arriver à lui faire retrouver ce souvenir, sans qu'il soit nécessaire de préciser une localisation dans le temps d'ailleurs, alors l'auteur dit que la mémoire est dissociée. Parmi les amnésies de conservation l'amnésie continue peut apparaître comme une distraction ou dissociation. Les amnésies dissociées peuvent se classer ainsi : 1° les expériences (du sujet) perdues qui peuvent être retrouvées par l'expérimentation, se rencontrent dans les amnésies courtes de l'alcoolisme, de l'épilepsie, de l'hystérie et dans celle consécutive aux embolies cérébrales; 2° l'expérience peut spontanément être retrouvée totalement ou partiellement dans les amnésies traumatiques; 3° enfin, ni spontanément, ni artificiellement, la mémoire ne peut revenir dans les amnésies épileptique ou traumatique, non comprises dans les groupes précédents (11 observations).

II. — *Le jeu des sensations et des sentiments sous l'éther*; par le Dr Ch.-H. Hughes (numéro d'avril). — D'après deux observations, les sensations périphériques disparues, il restait chez l'endormi un état émotif de dépression « formidable », angoisse, désespérance, incomplétude, abandon, dépersonnalisation, manque d'initiative, le tout d'un caractère mystérieux et éternel, avec des idées de persécution. Le travail des sentiments apparaît ni troublé, ni affaibli par les facteurs sensoriels,

©BIUM

les sens périphériques étant comme tués : aussi Hughes dit qu'il semble résulter de ces faits que les psychologues ont raison qui pensent que le ton du sentiment ne doit pas être considéré comme inséparable de la sensation.

III. — *Utilité de distinguer des types cliniques dans les psycho-névroses* ; par le Dr T.-A. Williams (numéro d'avril). — Il importerait beaucoup pour les recherches et le traitement de distinguer les hystériques des psychasthéniques : les premiers sont crédules tandis que les seconds ont de la difficulté à se persuader que ce qu'ils savent être vrai est réel. Les hystériques sont hypnotisables, malades du jugement, les autres non et malades de la volonté. A l'encontre des idées de Dubois (de Berne) et de Dejerine, qui se refusent à reconnaître ces deux types cliniques et malgré l'érudition et l'expérience de ces savants, Williams partage plutôt l'avis de ceux qui pensent, comme Lewis Bruce, que les psychasthéniques pourraient se différencier des hystériques par des réactions chimiques et cytologiques.

IV. — *L'inconscient;* par le Dr Morton Prince (numéro d'avril). — Conclusion de la suite d'articles parus dans le volume précédent. Non seulement les idées dormantes ou latentes provenant des résidus déposés dans les neurones par les états mentaux inactifs (inconscients) peuvent engendrer des états conscients (perçus) ou co-conscients (ignorés) apparaissant dans la vie normale (éveillée), mais ces idées latentes réunies en complexes (constellations psychiques) peuvent aussi engendrer des états où la personnalité est dissociée. Prince est très large dans l'application de cette dissociation.

V. — *Remarques sur un cas d'amnésie autopsychique complète* ; par le Dr E. Jones (numéro d'août.). — Ce cas, dit Jones, n'a rien de remarquable au point de vue de la casuistique : combinaison de fugue hystérique avec complète amnésie de la personnalité (amnésie autopsychique) ; la malade ne sait rien d'elle-même, ni nom, ni adresse, ni métier, etc. Cependant, si elle est surtout atteinte d'amnésie rétrograde, elle présente aussi de l'amnésie continue. Par conséquent, Jones ne partage pas les façons de voir aussi absolues que celles de Corriat.

VI. — *Un cas de psychochromesthésie* ; par le Dr Th.-H. Raines (numéro d'octobre). — Femme de trente ans, mystique, à écriture automatique, ayant aussi une sœur atteinte de pensée colorée. Elle voit en jaune son mari, son médecin, les mots : Dieu, Bouddha, musique, la lettre S, etc., certaines figures et

©BIUM

quelques symboles (cercle, triangle). Au contraire, les signes T, I, +, sont vus blancs. Les mois, les heures, les nombres, sont incolores, mais sa petite sœur est rouge, et son autre bleue et blanche ; une ligne brisée est vue verte, par association d'idée avec les vagues de la mer. La malade présente de l'audition musicale et de l'olfaction colorées, l'odeur de musc est dorée.

VII. — *Contribution à la psychologie de la paralysie générale*; par le Dr Schmiergeld (numéro d'octobre). — Les paralytiques généraux conservent pendant longtemps une idée juste des distances, mais l'évaluation du temps est plus défectueuse. La présence des idées de grandeur ne change pas les erreurs. Les évaluations de la valeur des objets seraient plutôt *diminuées* par les mégalomaniaques : elles ne sont pas absurdes.

VIII. — *La mesure des émotions par certaines réactions du pouls*; par le Dr I.-H. Corriat (numéro d'octobre). — Concurremment avec le réflexe psychogalvanique qui accompagne l'émotion provoquée par des allusions (mots stimuli) et semble surtout en rapport avec des modifications réflexes de la sécrétion des glandes sudoripares, il peut se produire des modifications du rythme respiratoire ou un allongement du temps de réaction nécessaire au sujet pour trouver le mot de réponse qui doit succéder au mot stimulus : cela est connu, mais Corriat y ajoute des recherches sur les variations de la fréquence du pouls dans des expériences analogues. Le sujet est couché dans une pièce demi-obscure, écoutant avec attention les battements d'un métronome (50 par minute de préférence); le sujet tombe dans un état de résolution ou de légère catalepsie, sa respiration se ralentit, et le pouls diminue de fréquence (de 8 à 20 pulsations par minute); c'est une sorte d'état hypnoïdal, avec suggestibilité limitée, mais facilitée. Au bout de 5 à 10 minutes, le pouls est constant et le sujet prêt. Les mots d'épreuve provoquent une accélération du pouls au bout de cinq secondes et pour une durée de trente secondes, en général, de sorte que ces mots d'épreuve doivent être énoncés de minute en minute. Il est intéressant de constater que parfois le temps de réaction ou la conductibilité électrique n'est pas altérée tandis que le pouls l'est. Corriat a pu relever des cas où, après amélioration de la psychonévrose, les réactions du pouls devenaient moins fortes. Enfin on constate que la répétition d'un mot stimulus émotionnant provoque des réactions de moins en moins intenses. Corriat a noté que dans la démence précoce les réactions du pouls mon-

©BIUM

traient que l'apathie émotionnelle et l'incoordination n'étaient qu'apparentes et superficielles, les résultats étant tout à fait semblables à ceux qu'on peut recueillir chez un individu normal. On peut dire cependant que dans la démence précoce, comme dans certains états paranoïaques, les sujets ne font que peu ou pas attention à cette activité émotionnelle, pour ainsi dire potentielle (inconsciente), ce qui n'est pas à l'état normal, et ce qui expliquerait l'apathie émotionnelle et l'incoordination des émotions et des conceps.

IX.— *Siegmund Freud et son œuvre*; par le Dr J.-J. Putnam (numéros de décembre 1909 et février 1910). — Histoire du développement des idées de Freud, continuant l'enseignement de Breuer, et continué lui-même par Ferenczi (de Buda-Pesth) et par Jung et Bleuler (de Zurich) : Freud est surtout connu par l'importance qu'il a accordée à la vie sexuelle dans le développement des psycho-névroses, mais ses travaux les plus notables ont trait à la méthode à employer pour exposer l'état mental des hystériques, et qui consiste à ne se servir que de conceptions « psychologiques »; c'est à très peu près le procédé de Pierre Janet. Mais, tandis que ce dernier se borne surtout à l'étude descriptive de l'état mental de ses malades, Freud en cherche la cause et la trouve dans l'éducation.

X. — *Le syndrome dyschirique*; par le Dr E. Jones (numéro de décembre 1910). — Après avoir collectionné 79 cas d'allochirie, Jones définit la « dyschirie », un état dans lequel il y a constamment soit erreur, soit ignorance dans l'esprit du patient sur le côté d'où provient une stimulus donné, sans qu'il y ait un défaut dans l'acuité sensorielle ou dans la localisation. Il faudrait, d'après Jones, distinguer trois degrés de dyschirie : l'achirie (allochirie simple de Janet) dans laquelle le sujet ne reconnaît pas du tout le côté de l'excitation; l'allochirie (allochirie complète de Janet) dans laquelle le stimulus est rapporté au point exact touché, mais du côté opposé; la synchirie (Janet) dans laquelle le stimulus est rapporté à la fois aux deux côtés. C'est une manifestation essentiellement hystérique, qui représente des degrés dans la désagrégation mentale (la synchirie, le plus faible; l'achirie, le plus avancé). Il semble qu'on peut faire observer à l'auteur que les hystériques peuvent présenter de la simple hypoesthésie et, en particulier, une diminution de l'acuité sensorielle, par conséquent, l'exactitude de la reconnaissance du point touché ne peut pas être absolue (d'autant que déjà elle ne l'est pas chez un individu normal) : alors,

©BIUM

comme on ne voit pas pourquoi la désagrégation mentale porterait seulement sur la confusion des côtés du corps et pas sur des régions d'un même côté, la synchirie pourrait donner lieu à la localisation doublée d'un stimulus sur le même segment de membre, d'où deux perceptions pour une seule excitation, autrement dit, une illusion paradoxale du toucher (Foucault). Ne pourrait-on pas également donner une part, dans la production de la synchirie, aux phénomènes vaso-moteurs qui d'un membre se propagent symétriquement dans l'autre (Brown-Séquard et Tholozan)? Il y aurait même là motif à une discussion intéressante : on sait que les troubles hystériques limités aux seuls symptômes du pithiatisme de Babinski ne comprennent point les troubles vaso-moteurs ; or, la synchirie relevant de troubles vaso-moteurs serait un trouble ne dépendant pas de la suggestion, donc non pithiatique, quoique rencontré chez les hystériques.

XI. — *Un symposium sur la psychothérapie* (numéro de juin 1909). — Série de communications, au Congrès de New-Haven, de la Société américaine de thérapeutique : Principes psychologiques et domaine de la psychothérapie (M. Prince); Valeur thérapeutique de la suggestion hypnotique (F. H. Gerrish); Rééducation comme méthode thérapeutique (E. W. Taylor); Traitement des états de fatigue (G. A. Watermann); Psycho-analyse ou psychothérapie (E. Jones); Valeur psychothérapique de l'état hypnoïde (Boris Sidis); Obsessions et associations dans la psychiasthénie (J. E. Donly); Psychoprophylaxie dans l'enfance (T. A. Williams); Formation du caractère et psychothérapie (J.-J. Putnam).

XII. — *Sur les rêves et leur interprétation dans le diagnostic et la thérapeutique des états psychopathiques*; par B. Onuf [Onufrowicz] (numéro de février 1910).

XIII. — *La conception du subconscient*; par Bernard Hart (numéro de février 1910). — L'auteur prend la défense de la conception de Freud contre celle de Morton Prince. La raison que donne Hart de ses préférences pour l'école de Zurich est la suivante : paraissant adopter le point de vue pragmatique, c'est-à-dire utilitaire exclusif (avec un sens péjoratif, méprisant même, pour la connaissance scientifique, incapable de faire atteindre par l'esprit humain ces hautes régions de l'absolue certitude où le délire mystique le dispute à l'ignorance), tel qu'il est particulièrement exposé dans le livre de Pearson (*la Grammaire de la Science*), Hart pose d'abord que psycholo-

©BIUM

gistes et psychologues doivent suivre des voies différentes, et ne pas s'emprunter l'un à l'autre leurs conceptions spéciales : « Le physiologiste ne doit pas plus introduire dans la chaîne des causes et des effets un concept psychologique, que le psychologue ne doit remplir les lacunes de son raisonnement par des cellules ou des courants nerveux. Si la première erreur est rarement commise, la seconde est malheureusement trop commune. » Le but ultime du psychologue est la personnalité, et on ne peut concevoir des cellules et des fibres reliant deux idées. Ainsi, la mémoire doit être expliquée avec les seules conceptions psychologiques, parce qu'elle est elle-même un phénomène psychologique : toutefois, si l'on préfère le point de vue physiologiste, on pourra alors parler de traces laissées dans le cerveau, d'énergie nerveuse, etc.

Pour le « subconscient », il en est de même; il est impropre de dire avec Prince que l'on doit rapporter au système nerveux et pas à l'esprit les accidents de névrose traumatique, l'obsession, etc., car c'est placer dans la sphère phénoménale ce qui appartient à la sphère conceptuelle ; on peut ainsi trouver des oppositions entre les façons de voir de Janet et de Freud, mais uniquement parce que le premier quitte le plan des phénomènes pour celui des concepts dans sa recherche sur la nature intime de l'hystérie, par exemple. Ce sont de telles confusions qui légitimeraient la protestation de Prince lui-même contre l'emploi du mot *subconscient* pour désigner des choses tout à fait distinctes, et qui peuvent se classer sous trois chefs : 1° les éléments en marge du champ de la conscience (*subconscient* de Stout); 2° des portions dissociées de la conscience (*coconscient* de Prince et subconscient de Janet; 3° enfin, à l'opposé des précédents, qui sont des points de vue « phénoménaux », destinés à expliquer ce que l'on peut envisager du point de vue de Freud, l'inconscient (*Unbewusstsein*) serait composé de complexus d'idées ou d'émotions non assimilées et capables d'influencer la conscience proprement dite, tout en ne formant pas un tout unique avec elle, à la façon de plusieurs « moi » coexistants (cf. la théorie de James).

Pour résumer cette vision du subconscient assez confuse, il me paraît que l'on peut dire que, pour Freud et ses élèves, Bleuler, Jung, etc., le cerveau est comparable à une sorte de parlement, dont les différents et nombreux groupes auraient successivement le pouvoir (conscience), sans cependant que certains des autres groupes (ou complexes d'idées) ne cesseraient de

réussir à troubler ou à orienter les actes du groupe momentanément dirigeant et parfois arriveraient à le remplacer. Il est ordinaire de voir les sociologues comparer un groupe d'individus (état société) à un seul organisme, homme ou animal, mais Freud fait l'inverse, c'est à l'action d'un groupement de cerveaux, de « moi », qu'il compare celle d'un unique cerveau.

Dr Ameline.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

I metodi bio-chimici nello studio e nella cura delle malattie mentali (Les méthodes biochimiques dans l'étude et le traitement des maladies mentales) ; par le Dr Cunéo. Extrait des *Quaderni di psichiatria*, juillet-août 1916.

L'auteur prend comme point de départ de ses conclusions la constatation suivante qui, au premier abord, paraît un peu pessimiste et exagérée, mais qui, en dernière analyse, n'est pas très éloignée de la réalité : dans l'étude des maladies mentales, les recherches d'anatomie et d'histologie pathologiques n'ont donné des résultats réellement positifs que dans l'étiologie et la pathogénie des lésions cérébrales liées à l'infection syphilitique et aux processus pathologiques de l'encéphale ; mais l'on ne peut en déduire pour cela que la psychiatrie soit restée en arrière de la clinique médicale, dans laquelle, en effet, il arrive qu'un groupe nombreux de maladies soient très distinctes puisque leurs manifestations morbides sont très différentes *alors que leur origine est commune et consiste en altérations fonctionnelles de quelques organes grâce auxquelles l'organisme retient des produits plus ou moins toxiques incomplètement transformés.*

Dans son mémoire, Cunéo expose synthétiquement ses théories et les résultats de ses recherches expérimentales sur l'action pathogénique des *auto-intoxications* sur les nombreuses manifestations morbides si différentes dues aux altérations des échanges. Il se base pour cela sur une division très tranchée entre le point de vue anatomique et le point de vue physiologique. Bien que nous ne connaissions point encore la nature intime des processus chimiques ultimes des échanges, la physiologie est cependant assez avancée pour rechercher tous les troubles liés à la déviation de la fonction et non aux lésions anatomiques. Ainsi l'auteur énumère succinctement les diverses phases du métabolisme, tant en thèse générale qu'en particulier celui des substances grasses, des hydrocarbones et des matières protéiques ainsi que les conséquences de leurs anomalies, leurs altérations et leurs insuffisances pour l'économie animale en général.

©BIUM

Il passe ensuite à l'interprétation biochimique de quelques tableaux cliniques liés aux altérations de l'échange protéique, soit par rétention de l'azote dans le tube gastro-intestinal, c'est-à-dire par troubles de l'absorption intestinale ou décomposition irrégulière des matières albuminoïdes, soit par accélération de l'échange des protéides ou altération du rapport entre l'azote total et l'acide sulfurique.

Ensuite il résume ses recherches sur les échanges appliqués à la pathogénie des maladies mentales fonctionnelles, qui mettent en évidence la nature réelle de beaucoup de troubles dans lesquels ni les recherches histologiques ni la bactériologie n'ont jamais réussi à montrer d'altérations particulières expliquant les faits morbides. Des résultats de ses recherches, l'auteur tire quelques inductions sur lesquelles il n'est pas superflu de s'appesantir.

Surtout il remarque, comme opinion personnelle, que les *intoxications endogènes*, considérées comme causes de psychopathies, doivent être très nettement séparées suivant qu'elles produisent de simples troubles psychiques ou, au contraire, des maladies mentales vraies, proprement dites. Par conséquent, sa conception pathogénétique devra être restreinte à ce dernier groupe qui comprend les maladies produites par de forts changements dans la conscience, soit à l'état de veille, soit pendant l'onirisme, tels que : émotions, inhibitions violentes retentissant sur le subconscient. Il me semble que l'auteur complique la question sans utilité; nous voudrions savoir ce qu'il entend exactement par conscience, si c'est le contenu de la conscience, ou son activité ou tous les deux. Je dois rappeler aussi qu'avant l'école psycho-analytique allemande, Babinski, Dubois, Dejerine, Bernheim et autres Français, avaient attribué le mécanisme pathogénétique de tout un groupe de psychoses à des émotions, des suggestions, etc. Du reste, il ne faut point oublier que beaucoup d'altérations mentales psychogènes s'expliquent essentiellement au moyen de phénomènes auto-toxiques agissant sur le système nerveux lui-même, et par conséquent que la distinction entre les psychoses psychogènes et les psychoses auto-toxiques n'est pas très nette.

Ensuite l'auteur passe à un groupe de troubles mentaux liés à des *intoxications endogènes* (accompagnées de manifestations morbides, étudiées dans la médecine interne, comme le diabète et la goutte, etc.); il les considère, avec raison, comme des syndromes et non comme des maladies définies. Il insiste, d'une

©BIUM

façon opportune, sur un groupe de psychoses qui ne sont point dues à des processus inflammatoires ou infectieux, mais à l'altération de quelque fonction antitoxique qui, normalement, est remplie par des enzymes pendant que se développent les diverses phases du métabolisme des substances protéiques. C'est vraiment un groupe de maladies qui jusqu'à présent a été très peu étudié à ce point de vue : celles qui se manifestent par abolition des passions de l'âme ou des autres activités extrinsèques, c'est-à-dire avec des tableaux cliniques bien déterminés.

Cette distinction cherche aussi à dissiper l'équivoque causée par une école gynécologique (celle de Bossi) qui confond, grâce à des signes pseudo-scientifiques, les troubles psychiques qui accompagnent les lésions des divers organes extra-nerveux avec les maladies mentales véritables, en ne considérant que les fonctions diastasiques, et qui voudrait soustraire même celles-ci au domaine de la psychiatrie.

Cunéo termine son article en appliquant le critère biochimique à séparer les uns des autres certains groupes de psychoses et expose sur cette base comme un programme de recherches ultérieures, un avant-projet de classification des maladies mentales.

« Le premier essai du rhétoricien qui se lance dans la littérature, écrivait un illustre clinicien, c'est de faire des vers ; la première tentative de l'aliéniste a constamment été de faire une classification. »

Quelle que soit mon estime pour le distingué et estimable physiologiste et chimiste qu'est Cunéo, je dois cependant faire remarquer qu'actuellement nous n'avons déjà que trop d'essais de classifications des maladies mentales qui toutes, dans l'état actuel de la psychiatrie, sont destinées à une vie artificielle et éphémère, surtout celles qui se basent sur un critère fondamental unique. Tout récemment, les plus éminents Maîtres de l'Italie ont établi qu'un groupement des psychopathies qui, bien que provisoire, répond en quelque sorte aux besoins actuels de la science, doit avoir une base essentiellement éclectique, utilisant les résultats des recherches étiologiques, pathogéniques, anatomiques, physiologiques, histochimiques, biochimiques, psychologiques et somatiques, et malgré cela, ils n'ont pu que sérier les divers syndromes et entités nosographiques, les rapprocher d'après leurs affinités (Bianchi, Tanzi et Lugaro). D'ailleurs, je ne cesserai jamais de répéter le précepte d'or du

©BIUM

regretté mais toujours vivant Maître de la clinique de Rome : « La clinique est reine, les sciences de cabinet ne sont que des servantes. »

L'auteur, se basant sur la distinction des caractères cérébro-génétiques et auto-toxiques propose, pour les maladies mentales, la classification suivante :

GROUPE I. — *Psychopathies congénitales et constitutionnelles.*

1° *Arrêts de développement* : idiotisme, imbécillité, débilité mentale ;

2° *Anomalies des fonctions propres et extrinsèques du cerveau* : parathymies, paraphrénies, etc.

GROUPE II. — *Psychopathies involutives et cérébropathiques.*

1° *Psychopathies par sénescence* : dystrophies et atrophies cérébrales ;

2° *Psychopathies par processus pathologiques de l'encéphale* : lésions vasculaires, scléroses, tumeurs, etc.

GROUPE III. — *Psychose par intoxications exogènes* : intoxications causées par l'action de poisons introduits volontairement ou non dans l'organisme et provoquant des altérations des centres nerveux.

1° *Alcoolisme, morphinisme, cocaïnisme, bromisme, saturnisme* ;

2° *Syphilis cérébrale, démence paralytique.*

GROUPE IV. — *Psychoses par intoxications endogènes.*

1° *Survenant dans le cours d'un processus commun inflammatoire ou infectieux, avec siège dans un organe quelconque* : états de dépression ou d'excitation, délires fébriles ou toxi-infectieux ;

2° *Dérivant d'altérations des fonctions spéciales diastasiques, ou des fonctions régulatrices des échanges* : neurasthénie, épilepsie, démences précoces, psychopathies de dégénérescence.

Le lecteur s'apercevra sans peine que, seule, la deuxième catégorie du IV^e^ groupe de l'auteur comprend les maladies mentales proprement dites ou caractéristiques de la psychiatrie : il est facile à individualiser et bien séparé des autres, cependant il surgit des doutes sur la place éventuelle des épilepsies cérébropathiques. Mais, lorsqu'il s'agit des maladies qui ne font point partie de ce groupe, le problème de la recherche de leur classe respective est véritablement ardu.

Il n'est point fait mention de l'hystérie ; il n'est pas tenu un compte suffisant des diverses cérébropathies de l'enfant après la naissance (méningites, méningo-encéphalites, scléroses dif-

©BIUM

fuses et tubéreuses, etc.) : quoiqu'elles produisent des arrêts de développement, elles ne rentrent point dans le 1er groupe, puisqu'elles ne sont ni congénitales ni constitutionnelles. Toutes les encéphalites toxi-infectieuses rentrent-elles dans le IIe, dans le IIIe ou dans la 1re catégorie du groupe IV? Quelle différence y a-t-il entre la 2e catégorie du groupe III et la 1re du groupe IV ? Tout le monde ne connaît-il pas les résultats des recherches histopathologiques et bactériologiques dans la syphilis cérébrale et dans la paralysie générale, spécialement les travaux d'Alzheimer et de son école, de Nogucki, Levaditi, A. Marie, etc. Tout ceci reste assez obscur, puisque ces formes sont considérées comme des intoxications exogènes, tandis que, par exemple, une encéphalite tuberculeuse serait rapportée à une intoxication endogène.

J'ai voulu faire remarquer cette incertitude pour montrer en quoi une nouvelle tentative (surtout lorsqu'elle est unilatérale) de classification des maladies mentales était prématurée et peut-être même superflue.

Mais, dans son ensemble, il s'agit là d'un travail vraiment important et qui s'impose à l'attention des aliénistes par des considérations nouvelles encore trop négligées par ceux qui s'occupent de sciences psychiatriques.

L'auteur a parfaitement raison lorsqu'il se plaint que dans les diverses cliniques et instituts manicomiaux, à côté des laboratoires de microscopie, d'histologie et de bactériologie, il n'y en ait pas d'autres également dotés pour se livrer aux expériences biochimiques, dans le but de faciliter les études étiologiques, pathogéniques et leurs applications à la thérapeutique et à la diététique.

Dr G.-L. Lucangeli.

Sopra una sindrome della frenastenia cerebropatica post natale: Sindrome aparetico-afasia tardiva. (Sur un syndrome de la phrénasthénie cérébropathique après la naissance ; syndrome aparétique avec aphasie tardive) ; par le professeur Sante de Sanctis. Extrait de la *Rivista italiana di neuropatologica, psichiatria e elettroterapia*. Janvier et février 1916.

Je ne ferai que rappeler la classification clinique des *phrénasthénies*, par l'auteur, vieille déjà de plus de quinze ans, et connue de tous en *cérébropathiques*, *biopathiques* et *biocérébro-*

©BIUM

pathiques, pour indiquer simplement la place qu'y occupe la forme dont il est ici question. Je me contenterai d'indiquer combien la base clinique qu'a adoptée de Sanctis est vaste et compréhensive ; comment elle est moins sujette que toute autre à des revisions et des corrections, puisqu'elle se borne à établir, à côté de la description et du diagnostic clinique des cas, la description probable des lésions anatomo-pathologiques dans chacun d'eux. Cette classification correspond assez exactement à celles que Tanzi et Pellizzi ont adoptées, se fondant sur l'anatomie pathologique, surtout à celle de ce dernier qui divise *l'idiotie en exogène*, *endogène et mixte*. Ensuite, j'insisterai sur le débat sur les fondements de la distinction entre la démence et la phrénasthénie suivant les périodes entre lesquelles se subdivise le développement physico-psychique. Je rappellerai seulement qu'à côté du vaste groupe des phrénasthénies cérébropathiques *congénitales* (p. ex. diplégiques de Little, proprement dites, avec ou sans épilepsie, amaurotiques, avec audi-mutité, etc.), il en existe un autre aussi étendu et aussi important, celui des phrénasthénies cérébropathiques, *d'après la naissance*, dans lesquelles le processus morbide se traduit d'abord par des symptômes moteurs et débute après la naissance ou au moment même de la naissance. Ce sont, outre diverses formes de méningo-encéphalites vulgaires (par paralysie cérébrale inférieure) avec ou sans épilepsie, diverses formes variées de méningites ou de scléroses tardives : celles qui constituent le groupe des *phrénasthénies aparétiques* dans lesquelles on n'observe de paralysies ni de la face ni des membres, mais qui, suivant le tableau clinique, peuvent donner soit un syndrome aparético-épileptique, soit un syndrome aparético-aphasique tardif.

L'auteur rapporte plusieurs cas : l'un qui a déjà été décrit en 1909 et dont l'observation a déjà été publiée dans le compte rendu des malades traitées à la villa Amalia, sous le nom de phrénasthénie sclérotique; l'autre observation est très intéressante, non parce qu'on a affaire à une « entité » clinique nouvelle, comme dit de Sanctis lui-même, pas davantage parce qu'il n'y a rien de spécifique ni dans l'étiologie, ni dans la pathogénie, ni dans l'anatomie pathologique de ce cas, mais parce qu'il s'agit selon toute probabilité de sclérose tubéreuse dans sa forme la plus nettement acquise et la moins grave. C'est, en effet, une « variété » clinique qui mérite d'être prise en considération à cause de sa fréquence, de la constance et de la netteté de ses symptômes si distincts de ceux des autres formes soit congéni-

©BIUM

tales, soit accompagnées de symptômes moteurs au visage et aux membres (paralysies, contractures, athétoses, etc.).

Le syndrome présente quelques variétés comme il est naturel de le penser : l'auteur n'a rapporté que les cas les plus typiques, mais il croit qu'on peut en rapprocher quelques autres qui dévient du type par la complication des symptômes ou par une prédisposition plus marquée et que l'on peut considérer comme formant la transition avec d'autres syndromes. Il remarque ensuite que cette variété clinique, pour que son autonomie soit utile au praticien, ne doit s'embarrasser d'aucun cas limite, mais rester un syndrome cérébropathique acquis, tardif. On pourra ainsi facilement le distinguer de quelques formes de démence infantile, ce qui facilitera aussi le pronostic très important pour l'autonomie clinique de cette variété.

Dans son mémoire, riche de pensées du fruit de ses études et d'observations nombreuses et judicieusement prises, l'auteur ne se limite pas à la genèse et à l'individualisation de la forme en question, à la casuistique, à la description clinique, à la pathologie spéciale et au diagnostic différentiel complet ; il épuise ainsi le sujet, mais il expose encore succinctement l'état actuel des diverses questions connexes et ajoute, avec raison, des éclaircissements, des objections, des inductions et des considérations personnelles.

Outre la discussion du problème des rapports de la phrénasthénie avec la démence, discussion à laquelle j'ai déjà fait allusion, l'auteur en traite une autre plus complexe touchant les rapports entre la *démence infantile* (Th. Haller) et les *démences précoces constitutives* et la *phrénasthénie à mentalité vésanique* (*héboïdophrénique*), il met bien en évidence comment sa *démence très précoce* (1) se différencie nettement des formes phrénasthé-

(1) A propos du droit à l'autonomie et de la légitimité de l'existence de cette forme, je ne crois pas superflu de citer une seconde fois un témoignage d'une valeur exceptionnelle, car il remonte à une époque antérieure à l'individualisation, non seulement de la démence très précoce, mais encore de la démence précoce, je parle de celui du regretté Dario Maragliano qui, recueillant l'anamnèse d'un malade, que j'ai pu moi-même observer plus tard (Voir *Annales du manicome provincial de Pérouse*, décembre 1911) au manicome civil de Gênes, chez lequel, dès 1880, il réussit à mettre en évidence le début, à l'âge de neuf ans, chez un enfant jusque-là normalement développé au point de vue psychique, d'un affaiblissement mental primitif. Cette observation était restée inédite.

©BIUM

niques. Ce sont des syndromes propres et bien établis qui ne se présentent jamais aussi complets dans les phrénasthénies. Ils peuvent en présenter seulement quelques symptômes isolés, où s'ils apparaissent tardivement dans le cours de la maladie, ce n'est plus comme des arrêts de développements purs et simplss, mais par poussées, avec des phases de rémission et même de guérison apparente.

On distingue également cet état de la *démence infantile* de Haller, en ce qu'on y trouve deux symptômes véritablement importants, la perte de la parole et l'excitation psychomotrice par laquelle on reconnaît facilement que l'on a affaire à la phrénasthénie cérébropathique d'après la naissance (acquise), soit dans sa forme épileptique quoique Haller ne parle pas d'épileptoïdisme, lorsqu'il décrit les caractères de cette maladie, néanmoins, on en trouve parfois des signes évidents.

Dr G.-L. Lucangeli.

St. Hans hospital, 1816-1916. Jubilæumsskrift ungivet paa Kobenhavns Magistrats Foranstalning; ved August Wimmer. 1 vol. in-4° avec planches. Copenhague, Gads forlag, 1916.

L'hôpital Saint-Jean, le grand asile d'aliénés du Danemark, a fêté l'année dernière le centenaire de sa fondation. Le corps médical de cet établissement a publié à cette occasion, et sous la direction du Dr Aug. Wimmer, un superbe volume, véritable chef-d'œuvre typographique, contenant des plans, des gravures, des portraits, qui illustrent le texte.

L'ouvrage est divisé en deux parties, dont la première est consacrée à l'histoire de l'asile, et la seconde à des travaux sur la médecine mentale.

C'est à M. Hjalmar Helweg qu'est échue la tâche de raconter l'origine de l'hôpital et ses développements successifs. Grâce aux divers plans qui nous sont présentés, il est aisé de suivre les diverses phases de ces développements et de se rendre compte de l'extension considérable donné à l'asile, dans le dernier demi-siècle, surtout sous l'excellente direction du distingué Dr Steenberg, du savant professeur Rohmell, etc.

L'état de l'hôpital Saint-Jean en 1916 nous est présenté par les Drs L. Steiness et Aug. Wimmer. Cette notice nous met au courant de la situation financière de l'établissement,

©BIUM

de son nombreux personnel et entre dans des détails qui, certes, ont leur intérêt mais sur lesquels nous ne pouvons nous arrêter. Retenons cependant ce fait que ce grand établissement, qui contient près de 1.500 malades, est dirigé par un médecin, aidé de deux médecins en chef et d'un certain nombre d'assistants. Le Danemark est un heureux pays, il ne connaît pas le directeur laïque de l'asile d'aliénés.

Le directeur actuel est le Dr Aug. Wimmer, qui a rédigé la notice précédente en collaboration avec le Dr Steiness. C'est à lui qu'est due la suivante, qui a pour sujet le traitement des aliénés. Pour mieux faire ressortir les progrès accomplis, notre distingué confrère nous montre par l'image ce que fut autrefois la manière de traiter ces malades. Un dessin de Hogarth, un autre de Kaulbach, sont à ce point de vue caractéristiques : ils donnent un spectacle attristant de ce qu'étaient jadis les asiles d'aliénés. Aussi, en tournant la page, l'œil se repose avec satisfaction sur la gravure reproduisant le tableau célèbre de Tony Robert-Fleury, qui nous montre Pinel faisant enlever les chaînes des aliénés de la Salpêtrière (et non de Bicêtre, comme le dit notre confrère danois). Quant aux divers modes de contention, dont le Dr Wimmer nous donne les modèles jadis employés, ils sont heureusement relégués au musée des antiques ; mais on ne peut s'empêcher, en les regardant, d'admirer l'ingéniosité de ceux qui les ont inventés et de s'estimer heureux aujourd'hui de leur complète inutilité.

Après cette courte excursion dans le passé, le Dr Aug. Wimmer décrit les méthodes de traitement employées dans l'établissement qu'il dirige : ils sont absolument conformes aux idées que nous nous faisons de la véritable maison de santé pour aliénés, et qui tendent à s'appliquer partout où l'on a le souci de l'amélioration de ces infortunés malades.

La seconde partie de ce volume jubilaire est, avons-nous dit, consacré à des mémoires scientifiques. Ces mémoires sont au nombre de trois, dont le premier, le plus important, a pour auteur le Dr Aug. Wimmer. Il est intitulé : *Psykogene syndssygdonsformer*, qui peut se traduire par « Formes de folie psychogéniques ». Notre confrère étudie successivement la *diathèse psychogénique*, le *tempérament émotionnel*, enfin les diverses formes cliniques qui peuvent se développer sur ce terrain émotionnel : dépression, excitation, stupeur, etc., avec les multiples symptômes qui les accompagnent. Un chapitre spécial est consacré à l'étude de la psychose paranoïde sous ses diverses

©BIUM

formes. Tous ces points sont étudiés avec le plus grand soin ; des observations détaillées illustrent les descriptions. Remarquons aussi avec satisfaction qu'à l'encontre des Allemands, le Dr Wimmer qui connaît à fond la littérature médicale française, la cite — et amplement — dans son important travail.

Le deuxième mémoire est dû au Dr Axel Bögsgaard ; il est consacré à d'intéressantes recherches sérologiques dans diverses formes de folie, et en particulier, dans les formes démentielles.

Les deux derniers travaux ne présentent pas moins d'intérêt : l'un a pour auteur le Dr E. Bertelsen et étudie les lésions syphilitiques du cerveau ; l'autre, M. G. Friedenreich, et relate un cas curieux d'idiotie amaurotique familial.

Nous regrettons que notre peu de connaissance de la langue danoise ne nous permette pas de donner de ce beau volume une analyse plus détaillée, plus complète. Nous croyons cependant que le peu que nous avons pu en comprendre nous permet d'affirmer que c'est là une œuvre très importante et qui fait grand honneur à la science et au dévouement professionnel de nos collègues de l'hôpital Saint-Jean.

ANT. RITTI.

Les troubles mentaux consécutifs au shock des explosifs modernes. Contribution à l'étude des psychoses de guerre ; par le Dr Pierre Vachet. Broch. in-8°. Paris, Jouve et Cie, 1915.

Qu'ils observent au front, près du front, ou à l'intérieur, les médecins militaires rencontrent assez souvent, surtout depuis l'emploi intensif des engins de tranchée et des obus de gros calibre, des accidents nerveux ou mentaux, sans blessures extérieures, imputés à l'éclatement des projectiles à forte charge.

C'est l'étude d'une partie de ces accidents, les troubles mentaux, que M. Vachet a ébauchée, l'an dernier, dans sa thèse.

La documentation clinique comprend dix-huit observations. La plupart, personnelles ou communiquées par le médecin-major Levet, furent prises sur le front, au cours de la campagne de Belgique, en pleine période d'activité militaire.

On y distingue des cas bénins, les plus fréquents, des cas de gravité moyenne et des cas très graves.

1° Cas bénins, calqués, pour ainsi dire, les uns sur les autres. A l'arrivée à l'ambulance, on constate une hébétude profonde,

©BIUM

avec lenteur de l'idéation et des mouvements, indifférence apparente, passivité, insomnie.

Dès le lendemain, tous les symptômes s'atténuent et, en quelques jours, ils disparaissent.

M. Levet appelle ces malades « éclopés mentaux », expression très significative au point de vue militaire, puisqu'elle implique le retour de l'homme à son corps, après un séjour maximum de quinze jours dans une formation sanitaire.

2° Cas de gravité moyenne, comprenant deux séries. Dans la première, on retrouve les symptômes mentaux précédemment décrits, disparaissant tout aussi vite, mais accompagnés de troubles nerveux qui, eux, persistent plus ou moins longtemps. Il s'agit tantôt de tremblement monoplégique, tantôt de diplopie avec rétrécissement du champ visuel, tantôt de surdité ou de surdi-mutité complète, tous symptômes qu'on ne peut se défendre de rapprocher des manifestations nerveuses purement fonctionnelles.

Dans la deuxième série, ce ne sont plus des troubles nerveux qui viennent s'ajouter à l'hébétude, mais des troubles mentaux plus profonds et plus tenaces : dépression mélancolique, plus souvent encore confusion mentale, avec stupeur ou délire d'action à type onirique.

3° Cas très graves, représentés ici seulement par la relation tout à fait sommaire du fait suivant : un artilleur, arrivé à l'ambulance dans un état délirant extrême, sans blessures extérieures, succombe dès la nuit suivante.

Presque toutes ces observations, recueillies dans des conditions difficiles, sont nécessairement incomplètes, de l'aveu même de l'auteur, à qui on ne saurait en faire grief. Il y manque un examen approfondi de l'état somatique, et surtout le résultat de la ponction lombaire, « base de l'examen organique », dit M. Vachet, qui insiste avec raison sur la nécessité de pratiquer, dans tous les cas de ce genre, la ponction précoce et, au besoin, renouvelée.

Aussi nous paraît-il difficile d'admettre, rien qu'en se basant sur les observations contenues dans ce travail, l'opinion de son auteur sur la nature des accidents qu'il décrit.

Rappelant que la confusion mentale, syndrome le plus communément observé ici, reconnaît toujours une cause organique, d'origine infectieuse ou toxique, il considère ses malades, dans la généralité des cas, comme des « organiques purs et simples », de « véritables blessés internes ».

©BIUM

A l'heure actuelle, on tend plutôt à rattacher à des troubles purement fonctionnels — ou, tout au plus, à des lésions peu appréciables et susceptibles d'une réparation rapide et complète — la plupart des accidents nerveux consécutifs aux explosions d'obus. Les troubles mentaux survenus dans des conditions analogues répondraient-ils, au contraire, à des lésions cérébrales indéniables? On ne pourra guère répondre que par des hypothèses tant qu'on ne se trouvera pas en présence de documents très précis.

Aussi, la nécessité d'examens approfondis des *commotionnés* justifie-t-elle, entre autres arguments, les excellentes mesures proposées par M. Vachet, dans ses conclusions.

Ces malades doivent, dit-il, quitter au plus tôt la zone de l'avant, où les nécessités du service ne permettent ni de les examiner, ni de les traiter, et où ils ne pourraient trouver le calme dont ils ont besoin.

On ne doit pas cependant les évacuer d'emblée sur l'intérieur; ils risqueraient d'y séjourner, sans utilité, des semaines et des mois, alors que beaucoup, simples « éclopés », peuvent guérir en quelques jours et rejoindre aussitôt leur poste sur le front.

On doit les traiter dans des *centres spéciaux*, installés dans la zone des étapes, ou si, dans quelques cas, l'internement s'imposait, les placer dans l'asile le plus voisin.

Le Service de Santé a créé de ces centres spéciaux en différents points de la zone des étapes. S'ils n'arrêtent pas au passage tous les commotionnés, si, d'autre part, ils ne sont peut-être pas partout installés dans des conditions matérielles suffisantes, à proximité d'un laboratoire, et confiés à des médecins spécialisés, leur création marque néanmoins un réel progrès. Les travaux publiés sur ce sujet, tels que la thèse de M. Vachet, n'y furent sans doute pas étrangers. Aussi convient-il de le féliciter de s'être attaché à l'étude de la question, il y a plus d'un an déjà, et dans des circonstances où le travail scientifique devient particulièrement difficile et méritoire.

P. HANNARD.

Pour être sages; par Urbain Gohier. 1 vol. in-12, Paris, Payot et C^ie^, 1914.

M. Urbain Gohier est un polémiste de grand talent dont les articles sont très goûtés des lecteurs des journaux dans lesquels

©BIUM

il écrit. Réunis en volume, ses articles se lisent encore avec plaisir et profit ; comme ils traitent généralement de questions sociales et morales, ils sont toujours d'actualité.

L'auteur est de l'école du bon sens. Dans les critiques qu'il fait des mœurs de son temps, il se place au point de vue de la morale sensée, de la morale bourgeoise, de la morale française, selon ses expressions. Aussi son livre présente un véritable intérêt de curiosité. Très souvent on sera de son avis ; mais souvent aussi on lui reprochera de mettre trop d'amertume dans ses critiques. Et cependant comment n'être pas amer lorsqu'on voit l'insouciance des pouvoirs publics en face de fléaux qui minent peu à peu notre race, et la résistance — passive et active — opposée par eux aux remèdes qui, sans les faire disparaître complètement, les atténueraient certainement (1).

Un de ces fléaux — et le plus redoutable — est sans conteste l'alcoolisme. M. Urbain Gohier lui consacre plusieurs chapitres de son livre. Comme il s'adresse au grand public, il emploie des arguments à sa portée. Ainsi, à cette prétendue nécessité de boire de l'alcool pour se donner des forces, il répond : « Il n'y a pas de bête qui ne s'abstienne de ce qui l'a rendue malade une fois. L'homme est le seul animal qui détruise délibérément sa force et sa santé. L'argument du « coup de fouet » pour un effort violent n'est qu'une pitoyable excuse ; les ouvriers italiens ou chinois, les portefaix turcs, les soldats kabyles et marocains n'ont pas besoin d'alcool pour accomplir les tâches les plus dures (p. 226). »

Nous ne nous arrêterons pas au triste spectacle que nous dépeint le chapitre intitulé : *La femme et l'alcool*, et nous appellerons l'attention du lecteur sur celui qui est consacré à l'*alcoolisme, circonstance aggravante*. Sur ce point, M. Urbain Gohier se rencontre avec la majorité des médecins aliénistes et eux-mêmes ne font que suivre en cela les préceptes des moralistes et des législateurs grecs, et à leur tête Aristote, qui n'admettaient pas que l'ivresse fût un motif d'excuse ou d'atténuation du délit : loin de là, ils le considéraient comme un état de dégradation volontaire, aggravant la culpabilité, ils punissaient à la fois et le délit et l'habitude.

---

(1) Il n'a fallu rien de moins que cette abominable guerre pour que les pouvoirs publics s'avisassent enfin de l'inéluctable nécessité de défendre la fabrication et la vente de l'absinthe. A quand la défense de vendre les autres spiritueux ?

©BIUM

M. Urbain Gohier, qui partage l'avis des moralistes et législateurs grecs, l'exprime en ces quelques phrases lapidaires (p. 346) : « Non seulement les alcooliques, les morphinomanes et autres intoxiqués volontaires ne peuvent pas invoquer l'irresponsabilité, mais encore ils doivent assumer *une double responsabilité*. Ils sont responsables de leur vice en même temps que responsables de leur crime. Le vice qu'ils ont délibérément adopté et systématiquement cultivé ne les excuse pas de la faute finale; il constitue une faute finale et plus grave.

« Dans un temps où nous voulons que tout soit « social » et que tout le monde soit « conscient », il n'y a rien de plus « antisocial » pour un citoyen que de se rendre « inconscient ».

On ne saurait mieux dire. Félicitons donc M. Urbain Gohier de combattre le bon combat contre le fléau qui, selon ses propres expressions, « ruine le foyer, détruit la race, multiplie les dégénérés, les aliénés, les criminels... ». Pour cette raison, et aussi parce qu'il nous fait connaître nombre d'autres plaies sociales, nous avons cru devoir appeler l'attention sur un livre d'une lecture si attachante et qui fait penser : on ne peut en dire autant de tous les recueils d'articles de journaux.

ANT. RITTI.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

ALBERTO SALMON. L'emozione. Studio di psicologia generale. 26 pages in-8°. Extrait du *Quadeni di Psichiatria*, 1915.

HENRY R. STEDMANN. Operation of Massachussets' Laws for hospital observation in cases of alleged mental disease and effet. 11 pages in-12. Extrait de *The Journal of the American medical Association*. Aug. 14, 1915.

E. LUGARO. Henri Fabre. 10 pages in 8°. S. l. n. d.

J. MONTGOMERY MOSHER. The treatment of mental disease in a general hospital. 17 pages in-8°. Extrait de *The modern Hospital*, novembre 1915.

— Albany hospital. Thirteenth report of Pavillon F, Department for mental diseases, for the year ending september 30, 1915. 15 pages in-8°. Extrait des *Albany medical Annals*, november 1915.

JULIEN RAYNIER. Les états dépressifs et les états mélancoliques observés chez les militaires placés dans la section spéciale de l'asile de Villejuif depuis le début des hostilités jusqu'au

©BIUM

31 décembre 1914. Notes statistiques et cliniques. 69 pages in-8°. Paris, Vigot frères, 1915.

E. Lugaro. Analyse de « La psychologie du kaiser », de Morton Price. 7 pages in-8°. Extrait de la *Rivista di Patologia nervose e mentale*. Anno XXI. Fasc. 1-2.

Paul Voivenel. Littérature actuelle et psychiatrie. A propos du dernier roman de M. Paul Bourget. 22 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, numéro de novembre-décembre 1915.

Arrigo Tamburini. L'anafilassi nelle malattie nervose e mentali. 73 pages in-8°. Roma, 1914.

Edith Kathleen Jones. « What can i find to read aloud? » Some Books for the convalescent patient. 82 pages in-8°. Extrait de *The Nurse*, numéro de février 1916.

One hundred and second annual report of the trustees of the Massachusetts general hospital, including the general hospital in Boston, the Mc Lean hospital and the convalescent hospital in Waverley, 1915. 156 pages in-8° avec planches. Cambridge, the university press, 1916.

Frederic Lyman Wells. On the psychomotor mechanisms of typewriting. 24 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Psychology*, janvier 1916.

Lemanski. Notions élémentaires de psychologie physiologique à l'usage des étudiants et des jeunes médecins, avec une préface du professeur Grasset. 1 vol. in-12 de 404 pages avec figures. Paris, Albin Michel, s. d.

Reports of the trustees and superintendant of the Butler hospital, presented to the Corporation at its seventy-second annual meeting, january 26, 1916. Providence, R. I. 60 pages in-8° avec planches. Providence, 1916.

Arrigo Tamburini. Il delirio paranoico nell' epilessia. 12 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1909.

— Sulla sensibilità elettrica e su alcuni nuovi apparecchi (poliesterioscopi) per determinare la specificità. 12 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1910.

— Psicosi catatotonica acuta e psicosi maniaco-depressiva catatonica. 17 pages in-8°. Extrait de la *Rivista sperimentale di freniatria*, 1911.

Ricerche di Psichiatria e Neuropatologia dedicate dai media dell' Istituto al Prof. Cesare Agostini nel XXV anno del suo esercizio manicomiale. 221 pages in-8°. Perugio, 1914.

Sixty-fifth annual report of the State lunatic hospital at Harrisburg, Penna., for the year ending may 31, 1915. 69 pages in-8°. Harrisburg, 1915.

©BIUM

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Légion d'honneur. — M. le Dr Dodero, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), médecin-major de 2e classe, parti le premier jour de la mobilisation, a été nommé par le ministre de la Guerre chevalier de la Légion d'honneur après quatorze mois de front.

Citations. — Nous avons à enregistrer les citations suivantes :

Et d'abord celle, à l'ordre de la division, de M. le Dr Fouque, médecin adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auxerre (Cher) :

Médecin aide-major de 1re classe Fouque, du 11e cuirassiers. « Dans la journée du 26 juillet 1916 et la nuit du 26 au 27 juillet, sous un bombardement particulièrement intense et prolongé et au cours d'une violente attaque de nuit, a prodigué avec le plus grand sang-froid, le plus absolu mépris du danger, le dévouement le plus éclairé, ses soins à de nombreux blessés dont il a en outre assuré l'évacuation dans des conditions difficiles; sur le front depuis le début des hostilités. » Croix de guerre.

M. le Dr A. Paris, médecin en chef de l'asile de Maréville, près Nancy, nous communique la note suivante concernant les services distingués rendus à l'armée par les internes de l'asile. Nous nous empressons de la reproduire, en exprimant à notre distingué confrère nos bien vifs remerciements :

« Les six internes de l'asile de Maréville-Nancy, mobilisés dès le début de la guerre, ont été l'objet de distinctions :

1° Le Dr Henri François, médecin aide-major de 2e classe (vingt-cinq mois de services sur le front) : citation à l'ordre du jour de sa brigade : « A déployé un courage hors de pair dans la relève des blessés, pendant les journées des 21, 22, 23 septembre 1914, au combat de Lironville ». Croix de guerre.

A trouvé la mort dans les défenses de Verdun, le 4 septembre 1916.

Avant cette guerre, il avait fait la campagne du Maroc (médaille coloniale).

Le Dr François avait été admis au grade de docteur en

©BIUM

médecine avec la mention « très bien », le 23 juillet 1914. Sujet de sa thèse : *L'aliénation mentale dans le département de Meurthe-et-Moselle, de l'année 1893 à l'année 1913 ; sa progression, ses causes, remèdes susceptibles de l'enrayer.* »

2° M. Ch. Douzain, d'abord médecin auxiliaire, puis médecin aide-major de 2e classe ; deux fois cité à l'ordre du jour de sa division :

a) Citation du 25 décembre 1914 : « Au cours des combats du 6 au 11 décembre, a fait preuve d'une énergie et d'un dévouement remarquables, en allant, sous le feu violent de l'ennemi, jusqu'à la première ligne, donner ses soins aux blessés et relever un officier mortellement atteint. »

b) Citation à la fin de l'année 1915, ordre du jour de la 128e division : « A assuré un service médical très pénible dans un poste de refuge soumis à un bombardement continuel, se prodiguant jusqu'à complet épuisement de ses forces. »

Après quelque temps d'hospitalisation et de convalescence, M. Ch. Douzain revenait sur le front ; il a été fait prisonnier, près de Verdun, en juillet 1916 ; il est encore en Allemagne.

3° M. Paul Vernet, d'abord médecin auxiliaire, a reçu la croix de guerre (citation non communiquée), puis a été nommé médecin aide-major de 2e classe. Sur le front depuis le début des hostilités,

4° M. Barthélemy, d'abord médecin auxiliaire, actuellement médecin aide-major de 2e classe. Constamment sur le front depuis le début des hostilités. Croix de guerre. Citation à l'ordre de la division :

« A montré un dévouement et un courage hors de pair au cours des combats du 21 au 24 septembre 1914, dans la recherche des blessés sur le champ de bataille et leur transport au poste de secours. »

5° M. Martin, médecin auxiliaire, puis médecin aide-major de 2e classe. Sur le front depuis le début des hostilités. Croix de guerre (citation non communiquée).

6° M. Munier, médecin auxiliaire, puis médecin aide-major de 2e classe. Sur le front depuis le début des hostilités. Croix de guerre (citation non communiquée).

M. A. Paris nous informe en même temps que M. le Dr Aubry, médecin en chef de l'asile de Saint-Lô (Manche), médecin aide-major de 1re classe, et M. le Dr Boivin, médecin aide-major de 2e classe, tous deux anciens internes de Maréville, ont été décorés de la croix de guerre.

Blessé. — Nous avons appris avec regret que notre collègue, M. de Clérambault, médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, médecin-major de 2e classe, à l'armée de Salonique, avait été grièvement blessé au mollet gauche par un

©BIUM

éclat d'obus qui a produit une dilacération musculaire considérable avec tendance aux hémorragies consécutive à un paludisme antérieur et menaces de gangrène. Tous ces dangers étaient conjurés à la date du 13 novembre dernier d'après une lettre écrite par lui à notre ami M. le Dr Legras. C'est la seconde fois que M. de Clérambault est blessé; mais cette fois sa blessure est plus grave. Les *Annales*, que le Dr de Clérambault honore de sa collaboration, lui adressent ses plus vives sympathies, en même temps que ses vœux de prompte et complète guérison.

Nous apprenons, à la dernière heure, que M. le Dr de Clérambault a été décoré de la Légion d'honneur, qu'il a reçu en outre l'insigne honorifique d'un ordre militaire serbe rarement décerné. Ce sont là des récompenses bien méritées pour la conduite courageuse de notre collègue depuis le début de la guerre. Nous l'en félicitons cordialement.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés de 1914 : M. le Dr Mercier, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère), est nommé directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var);

M. le Dr Charpentier, médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est nommé médecin-directeur de l'asile de Saint-Alban (4e classe, 5.000 francs);

MM. les Drs Gimbal, médecin en chef de l'asile de Leyme (Lot); Coulonjou, médecin-directeur de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée); Vernet, directeur-médecin de l'asile de Bourges (Cher); Juquelier, médecin-directeur de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise), et Lépine, médecin en chef de l'asile de Brou (Vosges), sont promus à la 3e classe de leur grade (6.000 francs);

M. le Dr Castin, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert (Isère), est nommé directeur-médecin de l'asile de Dijon en remplacement de M. le Dr Garnier, admis à la retraite;

MM. les Drs Jaboeille, médecin adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), et Beaussart, médecin adjoint de l'asile de La Charité (Nièvre), sont promus à la 2e classe de leur grade (3.500 francs);

MM. les Drs Pélissier, médecin en chef de l'asile de Nantes; Rogues de Fursac, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard; Pochon, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord); Bégue, médecin en chef de l'asile d'Orléans; Rodiet, médecin en chef de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher); Thibaud, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), et Marchand, médecin en chef de la Maison

©BIUM

nationale de Santé, sont promus à la 2e classe de leur grade (7.000 francs) ;

MM. les Drs Monestier, médecin-directeur de l'asile de Pau ; Castin, médecin-directeur de l'asile de Dijon, sont promus à la 1re classe de leur grade (8.000 francs) ;

MM. les Drs Brissot, médecin adjoint de l'asile de Moulins, et Hamel, médecin adjoint de l'asile de Fains (Meuse), sont promus à la 1re classe de leur grade (4.000 francs).

Arrêté du 15 *septembre* 1915 : M. le Dr Dubuisson (Maxime), directeur-médecin honoraire des asiles d'aliénés, est nommé, pour la durée de la guerre, directeur-médecin de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), 4e classe : 5.000 francs. Avait été chargé, par arrêté du 6 octobre 1914, du poste de directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère).

Arrêté du 27 *décembre* 1915 : M. le Dr Ameline, médecin-directeur de la Colonie d'Ainay-le-Château, est promu à la 2e classe de son grade (7.000 francs).

Arrêté du 13 *janvier* 1916 : M. le Dr Briche, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord), détaché à l'asile de Saint-Robert (Isère), est promu à la 1re classe de son grade (8.000 francs).

Arrêté du 24 *janvier* 1916 : M. le Dr Dezwarte, médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle), est promu à la 1re classe de son grade (8.000 francs).

Arrêtés du 2 *février* 1916 : M. le Dr Bourilhet, médecin adjoint de l'asile de Moulins, est promu à la 1re classe de son grade (4.000 francs) ;

M. le Dr Cornu, médecin en chef de l'asile de Bassens (Savoie), est promu à la 3e classe de son grade (6.000 francs).

Arrêtés du 13 *mars* 1916 : M. le Dr Toy, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), est promu à la 1re classe de son grade (8.000 francs) ;

M. le Dr Hannard, médecin adjoint de l'asile d'Armentières, est promu à la 1re classe de son grade (4.000 francs).

Arrêté du 25 *mars* 1916 : M. le Dr Privat de Fortunié, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est promu à la 3e classe de son grade (6.000 francs).

Arrêté du 5 *avril* 1916 : M. le Dr Lerat, médecin adjoint de l'asile de Lesvellec, est promu à la 1re classe de son grade (4.000 francs).

Arrêtés du 17 *avril* 1916 : M. le Dr Prince, médecin adjoint de l'asile d'Alençon (Orne), et Gassiot, médecin adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), sont promus à la 1re classe de leur grade (4.000 francs).

Arrêtés du 1er *mai* 1916 : MM. les Drs Adam, médecin adjoint de l'asile de Châlons (Marne) ; Terrien, médecin

©BIUM

adjoint de l'asile de Nantes; GUICHARD, médecin adjoint de l'asile de Saint-Pons (Alpes-Maritimes); DEMAY, médecin adjoint de l'asile de Clermont (Oise); et Mme PICQUEMAL-LÉVÊQUE, médecin adjoint de l'asile de Limoux (Aude), sont promus à la 2e classe de leur grade (3.500 francs);

MM. les Drs GUIRAUD, médecin adjoint de l'asile de Tours; PEZET, médecin-adjoint de l'asile de Braqueville; CONDAMINE, médecin adjoint de l'asile de Bron (Rhône); DALMAS, médecin adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron; MIGNARD, médecin adjoint de la Maison nationale de Santé, et NAUDASCHER, médecin adjoint de l'asile de Pau, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.500 francs);

MM. les Drs LEROY, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard; COSSA, médecin en chef de l'asile de Saint-Pons; MIGNOT, médecin en chef de la Maison nationale de Santé, sont promus à la 1re classe de leur grade (8.000 francs);

MM. les Drs FOUQUE, médecin adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, et BOIDARD, médecin adjoint de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente), sont promus à la 1re classe de leur grade (4.000 francs).

NÉCROLOGIE

Dr V. MAGNAN. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du Dr V. Magnan, médecin honoraire des asiles d'aliénés de la Seine, membre de l'Académie de Médecine, décédé le 27 septembre 1916, dans sa quatre-vingt-deuxième année.

Cette existence, consacrée tout entière au soin des aliénés et à l'enseignement des maladies mentales, mérite d'être étudiée longuement et avec soin. Cette tâche, notre distingué collaborateur, le Dr Paul Sérieux, un des anciens internes du maître, veut bien l'accomplir. Son étude sur la vie et l'œuvre de Magnan paraîtra dans le prochain numéro des *Annales*.

Notre regretté collègue et ami, qui avait la constante préoccupation du progrès de la médecine mentale, a, aux termes de son testament, légué à l'Académie de Médecine, dont il a été le président en 1914, une somme de 25.000 francs dont les arrérages devront être affectés à la fondation d'un prix triennal destiné à récompenser l'auteur du meilleur ouvrage de psychiatrie ou de la meilleure étude d'une affection mentale, parus au cours des trois dernières années.

Les obsèques de Magnan eurent lieu, le samedi 30 septembre, au cimetière Montparnasse, au milieu d'une très nombreuse assistance. Trois discours furent prononcés sur sa tombe : le premier, par le Dr Ant. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique; le deuxième, par M. le Dr Marcel Briand, au

©BIUM

nom de la Société clinique de médecine mentale et des médecins de l'asile Sainte-Anne; le troisième, par le Dr Mosny, au nom de l'Académie de Médecine.

Nous donnons plus haut (p. 74) le discours de M. Ritti; voici celui prononcé par M. Marcel Briand :

Discours de M. le Dr Marcel Briand, au nom des élèves de M. Magnan, des médecins des asiles de la Seine, et de la Société clinique de médecine mentale.

Mesdames, Messieurs,

Malgré que les pensées ne se détournent guère, à l'heure actuelle, de ceux qui arrosent de leur sang notre pays encore souillé par l'envahisseur, il est des travaux de paix dont l'ouvrier ne peut disparaître sans que lui soit adressé un suprême adieu.

C'est pourquoi, connaissant les liens d'affection respectueuse qui m'unissaient à Magnan, ses autres élèves, ses collègues des asiles de la Seine et les membres de la Société clinique de médecine mentale, ainsi que plusieurs de ses amis, m'ont chargé de m'incliner, en leur nom, devant cette tombe.

Magnan est de ces hommes dont le labeur, la probité scientifique et la dignité morale peuvent être donnés en exemple aux générations qui suivront la victoire.

Sa vie s'est passée à Sainte-Anne, dans cette riche Admission qui porte son nom, depuis déjà quelques années; on retrouve, à chaque pas, son souvenir dans ce Service, où j'ai le pesant honneur de lui succéder; il n'était point nécessaire d'inscrire le nom de Magnan sur son frontispice, pour que l'ombre de l'apôtre, qui a illustré la maison pendant près d'un demi-siècle, y planât comme un exemple impérissable.

Toujours à la recherche de vérités, qui ont fait de lui un chef d'école incontesté, observateur avisé et scrupuleux, Magnan était né éducateur, c'est ce qui explique le succès de son enseignement.

Lorsqu'une doctrine lui paraissait démontrée par la succession de faits probants après une attentive observation de jour et de nuit, que rien ne rebutait, son ambition était de la répandre autour de lui; aussi ses disciples sont-ils nombreux à propager, dans le monde entier, les connaissances d'un maître qui se partageait entre ses élèves et ses malades.

Malgré cette diffusion, il est, à cette heure plus que jamais, regrettable que toutes ses leçons n'aient pas été publiées.

Magnan s'est surtout consacré à la clinique : que d'observations, de pensées d'attente, de conceptions avant-courrières,

©BIUM

d'hypothèses d'hier — vérités aujourd'hui — il développait dans ses causeries auprès du malade!

On dit, parfois, que la science dessèche le cœur. Il suffit d'avoir approché Magnan pour être pénétré de la fausseté d'une semblable opinion. Sévère pour lui-même, indulgent pour les autres, compatissant à toutes les douleurs, la bonté était une des dominantes de son apostolat : la tâche dont il parlait le plus volontiers est celle ayant trait aux luttes qu'il soutint contre l'alcoolisme et pour la suppression des moyens de contrainte dans les asiles.

Si le nombre des alcooliques ne diminue pas, les aliénés agités ont, en France, grâce à leur inlassable bienfaiteur, gagné d'être librement soignés dans leur lit, comme le sont les malades ordinaires.

Les travaux de Magnan sont trop nombreux pour être énumérés ici. Les plus importants sont relatifs à l'alcoolisme, à la paralysie générale et aux dégénérescences mentales; ils ont été rappelés le jour de son jubilé (1) à l'asile clinique (Sainte-Anne), où ses collègues, élèves et amis se réunissaient pour la remise de la magnifique médaille que nous devons au ciseau de M. Paul Richer; elle porte une devise qui s'applique, avec trop de vérité, au digne continuateur du grand Pinel, pour ne pas être citée.

« Malnit lenitatem quam vim adhibere. »

Après ce couronnement de carrière, on pouvait croire que Magnan prendrait du repos. Il n'en fut rien : son activité, à laquelle la mort seule devait mettre fin, se traduisit par la fondation, en 1908, de la Société clinique de médecine mentale. Cette compagnie s'emploie, par l'utilisation des inépuisables ressources cliniques de tous les services d'aliénés, à compléter l'œuvre de la Société médico-psychologique qu'avait fondée Baillarger, l'un des maîtres de Magnan.

De courtes paroles n'ont pas la prétention de faire connaître la vie scientifique de Magnan.

J'ai voulu simplement esquisser, en quelques lignes, la carrière, illustre à tous égards, de l'homme que nous pleurons.

Adieu, cher et vénéré maître, reposez en paix dans votre dernier sommeil. Votre œuvre féconde vous survivra, car les voies définitives que vous avez tracées et éclairées demeurent largement ouvertes à d'autres déjà nombreux qui, guidés par votre lumineux flambeau, s'efforceront de la continuer.

Que Madame Magnan et ses enfants, dont nous partageons

(1) Le 15 mars 1905.

©BIUM

la douleur, veuillent bien trouver ici l'expression de notre très profonde sympathie.

Dr Papillon. — Nous avons à enregistrer un autre deuil : le Dr Papillon, médecin en chef de l'asile de Bron (Rhône), est décédé, le 1er juillet 1915, dans sa quarante-quatrième année.

Né le 9 décembre 1871, il avait été reçu médecin adjoint au concours de 1896, région de Lyon. Nommé médecin adjoint le 1er juin 1898, il devint médecin en chef le 1er janvier 1907.

Pour bien faire connaître ce regretté confrère, sa vie scientifique et ses hautes qualités morales, nous laisserons la parole à son collègue de l'asile de Bron, M. le Dr Viallon, qui a prononcé le discours suivant aux obsèques du Dr Papillon, qui eurent lieu le 3 juillet 1915 :

Discours de M. le Dr Viallon,
au nom du corps médical de l'asile de Bron.

Depuis un an et demi, le corps médical de Bron subit des pertes cruelles. Le service des hommes vient de perdre successivement ses deux médecins en chef, et, comme pour le Dr Rousset, j'ai le triste privilège de venir, en ma qualité de doyen, honorer la mémoire du Dr Papillon, enlevé si prématurément à l'affection de ses parents et de ses amis.

Je ne veux point retracer en entier devant vous la carrière si bien remplie de mon infortuné collègue : vous, ses parents et amis, savez tous par quel labeur soutenu et intelligent il était parvenu au poste important qu'il occupait à notre asile départemental.

Au lycée Ampère, à la Faculté de Médecine, Papillon était de ceux dont on pouvait prévoir le succès. Il fut externe des hôpitaux de Lyon, puis interne à l'asile de Bron.

Pendant son internat, son activité ne subit aucun ralentissement et, tout en prodiguant ses soins dévoués aux malades, il sut réunir les éléments d'une thèse inaugurale fort remarquée sur les troubles trophiques chez les aliénés et leur importance au double point de vue du diagnostic et du pronostic. Il sut aussi mener à bien la préparation du clinicat des maladies mentales et du concours de l'adjuvat. Il passa brillamment cette dernière épreuve à Toulouse, et fut nommé médecin adjoint à l'asile de Mondevergues, près d'Avignon.

En 1901, il était nommé médecin adjoint à Bron, et, en 1907, il était promu médecin en chef.

Telles sont, succinctement indiquées, les différentes étapes de la carrière médicale et administrative de notre collègue et ami.

Bien que brillantes et rapides, elles méritent moins de retenir notre attention que les rares qualités d'esprit et de cœur qui

©BIUM

composaient la personnalité de celui dont nous déplorons la perte.

Si absorbé qu'il fût par les soucis journaliers de son service, le Dr Papillon ne négligea point les recherches scientifiques dans le domaine de la psychiatrie, et la plupart de ses communications se font remarquer par le souci constant de la vérité, la justesse de l'observation et l'élégance de la forme, car, à côté du savant qui sait voir, exposer et apprécier, il y avait chez lui le lettré qui sait embellir ce que le sujet peut avoir d'aride.

Ses nombreux rapports médico-légaux, justement remarqués, témoignent du soin méticuleux qu'il mettait à la recherche de la vérité.

De même ses rapports annuels au Conseil général reflètent sa constante préoccupation des devoirs de sa fonction.

Mais c'est surtout au milieu de ses malades qu'il apparaît tout entier, c'est-à-dire l'homme dévoué et essentiellement bon que nous avons connu. Rien de ce qui pouvait leur être utile et même agréable, soit au point de vue matériel, soit au point de vue moral, ne lui était indifférent. Il savait écouter sans impatience les réclamations réitérées et sans objet; il s'informait amicalement des besoins de chacun, ne s'irritant d'aucun mot blessant, et tâchant, autant que faire se peut, d'allier la plus large tolérance avec les nécessités du service. Il les avait conquis par son inaltérable bienveillance. Aussi, nous ne nous étonnons point si, aujourd'hui, ils participent si complètement à notre deuil.

De son côté, le personnel infirmier, qui n'eut qu'à se louer de sa justice et de sa bonté, ne veut pas être oublié et tient à s'associer à la douleur générale.

Quant à moi-même, et ici je me fais l'interprète de tout le corps médical, je crois qu'il me serait difficile d'exprimer par des mots la vive et douloureuse émotion que je ressens. Notre collègue avait su s'attirer et retenir la sympathie et l'estime de tous par l'aménité de son caractère et ses remarquables qualités de cœur. C'est un ami qui disparaît!

Au nom du corps médical tout entier, j'adresse à sa famille éplorée nos condoléances émues, et au Dr Papillon un suprême adieu.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance annuelle, le mardi 12 décembre 1916, sous la présidence de M. Ch. Monod, président.

Parmi les nombreux prix et récompenses décernés, nous relevons les suivants, concernant la médecine mentale et nerveuse :

©BIUM

Prix Baillarger. — 2.000 francs. — Un mémoire a été présenté. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Charles Boullard. — 1.200 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Charles Blondel, de Paris : *La conscience morbide. Essai de psycho-pathologie générale*;

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr R. Benon, médecin de l'hôpital général de Nantes : *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques.*

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : *Rôle de la syphilis héréditaire dans la pathogénie des encéphalopathies infantiles.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Ravaut, de Paris.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3.000 francs. — Trois mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à MM. Gabriel Petit, professeur d'anatomie à l'Ecole nationale vétérinaire d'Alfort et le Dr Léon Marchand, médecin-chef de la maison nationale de Charenton : *Etudes de pathologie comparée sur les paralysies d'origine médullaire.*

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les sujets des prix proposés pour les années 1917, 1918 et 1919. Les *Annales* ont publié dans le numéro de janvier 1916 (p. 127) les questions relatives à la médecine mentale pour les deux premières années; voici celles proposées pour 1919 :

Prix du Baron Barbier. — Anonymat facultatif. — Partage autorisé. — 2.000 francs. — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'*épilepsie*, la scrofule, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Civrieux. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 800 francs. — Question : *Troubles psychiques consécutifs au traumatisme cranien, et plus particulièrement à ceux qui sont le résultat d'accidents de guerre.*

Prix Falret. — Anonymat obligatoire. — Partage interdit. — 700 francs. — Question : *Les petits états cyclothymiques.*

Prix Théodore Herpin (de Genève). — Anonymat facultatif. — Partage interdit. — 3.000 francs.

©BIUM

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

PRIX HENRI LORQUET. — Anonymat facultatif. — 500 fr.

Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIUM

L'interdiction de l'opium en Chine. — On mande de Marseille au *Journal des Débats* (numéro du dimanche 19 novembre 1916) :

Le *Courrier d'Haïphong* reproduit le décret du président de la République chinoise visant l'interdiction définitive de l'opium sur tout le territoire de la Chine et dont voici quelques passages :

« Le délai pour l'interdiction de l'opium expirera à la fin de cette année.

« Nous ordonnons au ministre de l'Intérieur et au ministre de la Justice de charger les fonctionnaires des provinces de poursuivre activement l'interdiction de l'opium. Tous ceux qui cultiveront le pavot ou vendront et fumeront l'opium seront rigoureusement châtiés par les tribunaux.

« Nous ne voulons pas que le nouvel Etat chinois continue à être la victime de l'opium. »

Arrestations de trafiquants de stupéfiants. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du lundi 4 septembre 1916) :

La police, armée d'une loi contre les vendeurs et détenteurs de stupéfiants, agit vigoureusement. Elle a mis la main hier, à Montmartre, sur un individu exerçant vaguement la profession d'employé de commerce mais vivant sûrement de trafics interdits. Il a été trouvé porteur d'une quinzaine de grammes de cocaïne et envoyé au Dépôt.

— On lit dans *Le Temps* (numéro du jeudi 7 septembre 1916) :

Une dame Gr..., habitant le quartier des Terreaux, à Lyon, fut surprise par des inspecteurs de la Sûreté, au moment où elle ouvrait un paquet contenant de la cocaïne qu'elle venait de retirer de la poste. L'expéditeur était un pharmacien de Narbonne chez lequel une perquisition, opérée sur mandat du parquet de Lyon, a amené la découverte d'une correspondance émanant d'une nombreuse clientèle de détraqués habitant dans la région lyonnaise.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 11 septembre 1916) :

Trois nouvelles arrestations pour trafic de cocaïne viennent d'être opérées à Montmartre. Ce sont celles de : Lucie Riendellet, trente ans, modiste, 1 *bis*, rue Riboutté ; Blanche Borie,

©BIUM

vingt-trois ans, dite Simone Baron, ex-couturière, 63, rue Pigalle, et le petit ami de cette dernière, demeurant avec elle, Robert Bredemesse, dix-sept ans.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du jeudi 28 septembre 1916) :

Des inspecteurs de la police judiciaire ont arrêté hier, dans un établissement du quartier Saint-Georges, Alice Deitz, née Van der Noot d'Aesche, dite Symiane, trente-deux ans, demeurant rue La Fontaine. Cocaïnomane et morphinomane elle-même depuis longtemps, elle faisait en outre le trafic des stupéfiants, surtout de la coco.

— On lit dans *Le Journal des Débats* (numéro du lundi 2 octobre 1916) :

M. Thierry, commissaire de police du quartier Saint-Georges, a arrêté hier et envoyé au Dépôt un individu connu à Montmartre sous le nom de « Grand Charles ».

Sujet belge, il vendait dans les grands restaurants de la cocaïne aux jeunes femmes dont il faisait connaissance.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du jeudi 12 octobre 1916) :

Un chauffeur qui venait de charger une jeune femme, place Blanche, l'autre soir, remarqua tout de suite que sa cliente n'était pas dans un état normal. Dans l'impossibilité d'obtenir d'elle un renseignement, il appela un agent et avec ce dernier conduisit la jeune femme au commissariat des Grandes-Carrières. Là, au bout d'un moment, la jeune femme déclara se nommer Marie X..., vingt ans, et demeurer boulevard de Courcelles. Elle avoua être sous l'influence d'une forte dose de cocaïne.

Elle raconta que c'était une habituée de certains établissements de Montmartre, Thérèse Bertrand, dite Maury Fabienne, trente ans, qui lui avait donné la passion de la drogue et l'avait dressée à vendre elle-même les stupéfiants qu'elle lui procurait. Marie X..., qui appartient à une bonne famille, a été envoyée au Dépôt. Quant à Maury Fabienne, elle a été arrêtée à plusieurs reprises pour trafic de la coco et a été mêlée l'année dernière à une affaire de fumerie d'opium, rue Faraday, avec le fameux Harry Thomas, qui défraya la chronique à propos notamment de la mort d'une petite danseuse montmartroise, Olga Norton, dite Chiffon.

Maury Fabienne vient d'être arrêtée, boulevard de Clichy, par des inspecteurs de M. Thierry, commissaire de police de Saint-Georges, qui l'a envoyée au Dépôt rejoindre Marie, son élève.

Pour se procurer de la cocaïne. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du vendredi 13 octobre 1916) :

©BIUM

Un mécanicien, Edouard Villiger, dit Papillon, trente et un ans, demeurant à Suresnes, a été arrêté hier dans un bar de Montmartre. Villiger, qui est un fervent de la cocaïne, avait sur lui une assez forte quantité de la drogue funeste. Il se l'était procurée en falsifiant des ordonnances de médecin. Plusieurs pharmaciens, auprès desquels il avait fait de vaines tentatives, l'avaient signalé à M. Vallet, chef de la Sûreté. Il a été envoyé au Dépôt.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du dimanche 12 novembre 1916) :

M. Tortat, juge d'instruction, vient de renvoyer devant les juges correctionnels une femme Delvigne qui, pour se procurer de la cocaïne, n'a pas hésité à commettre des faux. Ayant en main une ordonnance d'un médecin prescrivant l'emploi de la cocaïne dans un cas spécial, elle s'adressa à un imprimeur en usant du nom du docteur pour faire tirer cent exemplaires de papier avec l'en-tête du praticien.

En possession de ce papier, elle copia la formule et se fit délivrer par deux pharmaciens de la cocaïne qu'elle employa elle-même pour satisfaire sa malheureuse passion.

Seulement, un pharmacien, surpris qu'on lui présentât une ordonnance si bien calligraphiée qu'elle était lisible même pour le vulgaire, se méfia, et la cocaïnomane fut arrêtée.

Devant les tribunaux. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mercredi 6 septembre 1916) :

Pour la première fois, hier, le tribunal correctionnel de la Seine a appliqué la loi promulguée le 14 juillet 1916 sur la vente des substances vénéneuses, en condamnant à un an de prison et 1.000 fr. d'amende un nommé Robert Coudriet, âgé de vingt-deux ans. Cet individu, qu'on savait être un des principaux marchands de cocaïne de Montmartre, avait été plusieurs fois arrêté, mais jamais sur lui on n'avait découvert le moindre paquet de poison. Le 12 août, à six heures du soir, les inspecteurs Jageot et Martin l'appréhendèrent à nouveau avenue Trudaine. En fouillant le délinquant, qui, ayant été amputé, marchait avec une jambe de bois, ils constatèrent qu'un trou avait été fait dans l'appareil. C'est là que Coudriet cachait ses petites boîtes de cocaïne qu'il sortait sans être vu, grâce à une ouverture spéciale pratiquée dans la poche de son pantalon.

Antérieurement à la loi nouvelle, la peine que pouvaient infliger les tribunaux aux marchands de stupéfiants allait de six jours à deux mois de prison et de 100 à 3.000 fr. d'amende; actuellement, les juges, en ce qui concerne la vente de l'opium et de ses alcaloïdes, de la cocaïne, peuvent infliger un emprisonnement de trois mois à deux ans.

©BIUM

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du 31 octobre 1916) :

Par une première application de la loi du 12 juillet 1916 sur la vente des substances vénéneuses (cocaïne, morphine, etc.), qui édicte des peines sévères contre les délinquants, la 10e chambre correctionnelle de la Seine a prononcé hier contre le pharmacien Alfred Horcholle, établi rue de Grenelle, prévenu d'avoir délivré à une femme 4 ou 500 grammes de cocaïne sans ordonnance, outre la peine de un mois de prison et 1.000 fr. d'amende, la fermeture de la pharmacie pendant la durée de l'emprisonnement.

— On lit dans *Le Temps* (numéro du mardi 7 novembre 1916) :

L'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne sont sévèrement réprimés par la loi du 12 juillet 1916. L'application des peines prévues vient d'en être faite à la 12e chambre, présidée par M. Fredin. Sur réquisitoire du substitut Laronze et après plaidoiries de Mes Blanche Roussel et Raymond Hubert, le tribunal a condamné à huit mois de prison et 1.000 fr. d'amende Mme Blanche Borie, danseuse, pour avoir remis à une amie un paquet de chlorhydrate de morphine. L'amie, Mlle Lucie Moisdelet, modiste, a été condamnée à six mois de prison, avec sursis, et à 2.000 fr. d'amende.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du vendredi 10 novembre 1916) :

Une femme Louise Deitz, âgée de trente-deux ans, appartenant à une bonne famille, se livre depuis sa majorité, à l'usage des stupéfiants, cocaïne et morphine, et son état de santé est des plus précaires ainsi que l'a constaté le médecin commis par la justice.

Le 26 septembre dernier, elle fut surprise dans un établissement de Montmartre recevant des mains d'un nommé Charles Dyberg, vingt-sept ans, dit le grand Charles, un paquet contenant 12 cachets de cocaïne.

Ils ont été condamnés, le fournisseur Charles Dyberg à huit mois de prison et 500 fr. d'amende, et la femme Deitz à quatre mois de prison et 300 fr. d'amende.

— On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du dimanche 12 novembre 1912) :

Hier la 8e chambre correctionnelle, présidée par M. Masse, a frappé de six mois de prison et 1.000 fr. d'amende, une femme Alice Robin-Graver, âgée de vingt-trois ans. Elle fut surprise le 13 septembre au soir attendant en taxi-auto, rue d'Antin, une cliente à qui elle destinait pour 400 fr. d'opium. Son mari, agent théâtral, est atteint de cette funeste passion à un tel point, qu'arrêté il a dû être relaxé des fins de la pour-

©BIUM

suite, le docteur Vallon, qui l'a examiné, l'ayant jugé irresponsable et plus propre à être interné dans un asile d'aliénés qu'emprisonné, le malheureux étant complètement intoxiqué.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Violences et menaces de mort. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mercredi 20 septembre 1916) :

Dans les jardins du Champ-de-Mars, hier matin, vers six heures, un ouvrier, M. Pierre Lajar, demeurant 21, rue Fromentin, surprit un homme d'une quarantaine d'années qui, juché sur un arbre, proférait des paroles incohérentes. M. Lajar l'interpella, mais l'individu, furieux, l'injuria violemment, puis, sortant un revolver de sa poche, il menaça le paisible ouvrier.

Saisissant alors un tuyau d'arrosage, M. Lajar en dirigea le jet sur l'irascible personnage qui, trempé, finit par se laisser choir. Mais l'homme se releva, donna un violent coup de poing dans la poitrine de M. Lajar et l'envoya rouler au milieu d'une plate-bande.

Arrêté bientôt, on apprit que ce pauvre dément n'était autre qu'un nommé Napoléon Largier, demeurant avenue de Tourville, qui déjà dans le quartier s'était livré à des excentricités diverses. Il a été envoyé à l'infirmerie spéciale.

Tentative d'homicide et suicide. — Le guetteur du sémaphore de Port-Vendres, M. Comencale, dans un accès de folie, a tenté de tuer sa femme à coups de rasoir. Après s'être énergiquement défendue, la malheureuse, quoique sérieusement blessée, a pu s'enfuir. Son mari, tournant son arme contre lui-même, s'est tranché la gorge (*Le Temps*, numéro du jeudi 28 septembre 1916).

Menaces. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du jeudi 28 septembre 1916) :

Une ancienne dompteuse, qui eut une heure de popularité, de la barrière du Trône à Neuilly, Sidonie Saignette, dite « Pistache », aujourd'hui âgée de quarante-neuf ans, donnait des signes d'aliénation mentale depuis la mort de son mari, tué au front. Hier, elle menaçait ses voisins avec un gourdin. Elle a été internée dans un asile.

Blessures. — On mande d'Evry-Petit-Bourg (Seine-et-Oise) au *Petit Journal* (numéro du samedi 7 octobre 1916) :

Chemin de halage, on appréhende un dément, Auguste Deliguières, quarante ans, demeurant aux Bruyères, qui avait blessé d'un coup de couteau M. Henri Rousseau, trente-huit ans, journalier.

Suicide. — M. Arthur Demange, soixante-douze ans, originaire de la Lorraine, avait été interné en Allemagne quelque

©BIUM

temps puis relâché : il avait pu rentrer en France par la Suisse et s'était fixé chez sa fille, avenue de Saint-Cloud, à Versailles. Mais il éprouvait des troubles cérébraux depuis sa dure captivité en Allemagne et hier, après avoir tenté de se couper la gorge de deux coups de couteau, il se pendit dans l'escalier. Des voisins accoururent à temps pour le sauver. Néanmoins, M. Demange a dû être admis à l'hôpital civil (*Le Petit Journal*, numéro du dimanche 8 octobre 1916).

Incendie et tentative de suicide. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du mardi 17 octobre 1916) :

Concierge et jardinier, depuis quatorze ans, de la villa que possède à Meulan M. Lavanture, bijoutier à Paris, Daniel Normand, âgé de soixante-deux ans, paraissait depuis peu fort sombre.

Avant-hier, après s'être emporté en menaces, sans motifs, contre sa femme, il se rendit à la villa où il mit le feu en cinq endroits différents. Tandis que les pompiers, avisés par M^me^ Normand, éteignaient l'incendie, on entendit un coup de fusil et les gendarmes qui recherchaient le jardinier, avec le garde champêtre et des voisins, ne purent d'abord le découvrir.

Il avait abondonné son arme dans une cour et on ne le trouva que plus tard, râlant dans l'herbe, sur les bords de la Seine, tenant encore à la main un couteau dont il s'était frappé à sept reprises. Normand, dont on ne put tirer que des propos incohérents, a été transporté à l'hospice de Meulan.

Le mobilier par la fenêtre. — Sous ce titre, *Le Petit Journal* du samedi 11 novembre 1916 rapporte le fait suivant :

Un Espagnol, Ivez Ricardo, demeurant 34, rue de la Folie-Méricourt, donnait, depuis quelques jours, des signes de dérangement cérébral. Hier, la crise revêtit un caractère dramatique. Après s'être barricadé, le fou jeta par la fenêtre tout son mobilier qui venait se briser dans la rue. On eut toutes les peines du monde à maîtriser l'Espagnol qui blessa un voisin, M. Pierre Jeantoux. Le fou est à l'infirmerie spéciale.

Tentatives d'homicide. — On mande de Ballancourt (Seine-et Oise) au *Petit Journal* (numéro du lundi 27 novembre 1916) :

Dans un accès de folie, une ouvrière d'usine, Jeanne Dupré, trente-cinq ans, tire deux balles de revolver sur un groupe de travailleurs sans les atteindre. On l'arrête.

TRIBUNAUX

Un faux aviateur. — On lit dans *Le Petit Journal* (numéro du dimanche 24 septembre 1916) :

Le soldat colonial Gaston Lachaud a pris part à la bataille de la Marne et y a perdu la jambe gauche. Décoré de la mé-

©BIUM.

daille militaire et de la croix de guerre, il fut réformé avec une pension de 750 francs. Lachaud vécut alors à Paris et se mit à faire la fête, vivant d'expédients grâce au faux titre qu'il prit, de lieutenant aviateur, décoré de la Légion d'honneur. En même temps, il se faisait appeler Lachaud de Mancier. Plusieurs jeunes femmes, grâce à des promesses fallacieuses de sa part, lui confièrent leurs économies. Lachaud, qui, il y a deux mois, avait déjà comparu pour vol devant la 8e chambre correctionnelle, fut acquitté, le médecin aliéniste Vallon l'ayant déclaré irresponsable.

Hier, devant la 10e chambre correctionnelle où le faux aviateur a été traduit, on a estimé qu'il n'était nullement fou et, malgré la plaidoirie chaleureuse de Me Jacques Bonzon, il a été condamné à quatre mois de prison.

FAITS DIVERS

De belles actions récompensées. — On lit dans *L'Ouest-Eclair* (numéro du jeudi 26 octobre 1916) :

On se souvient qu'il y a quelque temps, à l'asile Saint-Méen, un fou furieux avait, après avoir essayé de se sauver de l'asile, blessé grièvement un interne, une religieuse et le concierge de l'établissement, qui s'étaient opposés à sa fuite (1). A la suite de ces faits, M. le Ministre de l'Intérieur a décidé d'accorder une médaille en argent de 2e classe des belles actions à Mme Joubin, en religion sœur Marie et à M. Cullerre (Henri-Julien), interne à l'asile public d'aliénés de Rennes; une médaille de bronze à M. Gringoire (François-Jean-Marie), concierge de cet établissement, et une mention honorable des belles actions au gardien Samson (Jean-Pierre), gardien à l'asile, qui se sont signalés par leur courage et leur dévouement à l'occasion du drame qui s'est déroulé à l'asile Saint-Méen, le 26 août dernier, et au cours duquel ils ont été blessés en parvenant à maîtriser, au péril de leur vie, un aliéné dangereux.

Nouveau journal de médecine mentale et nerveuse. — Les sociétés suisses de psychiatrie et de neurologie se sont réunies en assemblée générale, à Neuchâtel, dans le courant d'octobre. Elles ont décidé de fonder un recueil périodique intitulé : *Archives suisses de neurologie et psychiatrie*, en les trois langues de la république helvétique (française, allemande et italienne). Les *Annales* souhaitent le plus vif succès à leur futur confrère, qui ne manquera pas de contribuer au progrès de notre spécialité.

---

(1) Ce fait douloureux a été relaté dans le numéro d'octobre 1916 des *Annales* (page 567).

©BIUM

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

PRIX AUBANEL. — 1.500 francs. — Question : *Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente.*

PRIX BELHOMME. — 1.000 francs. — Question : *Etude sur les troubles mentaux consécutifs aux bombardements et aux explosions.*

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé. ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutennes en 1915 et 1916, dans les Facultés de Médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

NOTA. — Il n'y aura pas de distribution de prix avant la fin de la guerre, sauf pour le prix Christian. La date du dépôt des mémoires sera indiquée ultérieurement.

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles de France, candidats au prix Christian, devront :
1° Etre de nationalité française ;
2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;
3° Faire parvenir au secrétaire de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.
Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.
Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas decerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, decerner plusieurs prix.
Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

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

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

Quelques ouvrages de psychologie sur la guerre.

Les trois volumes qui figurent dans cette chronique ont été publiés tous les trois pendant la guerre.

Dès le début, celui du Dr Ch. Fiessinger sur les *Maladies du caractère* (Perrin et Cie), ouvrage clair, facile, dont la lecture faisait paraître plus légère la fumée des cigarettes dans nos peu confortables abris des premières lignes. Livre d'un médecin cultivé, moissonnant sur les champs de la philosophie, écrivant au gré des cogitations et des souvenirs scientifiques, des choses souvent ingénieuses, souvent élégantes, parfois trop banalement dogmatiques...

En 1915, après plus d'un an de guerre, alors que déjà nous étions encombrés de volumes fébrilement écrits, soit par des combattants qui notaient leurs observations, soit par des écrivains de métier, soucieux de fournir de la marchandise à leur clientèle, voici que

©BIUM

le Dr Gustave Le Bon nous offrit *les Enseignements psychologiques de la guerre européenne* (Flammarion). Travail difficile à faire. Manque de recul. Manque de documents rigoureusement scientifiques. *A priori*, ce livre nous parut cependant devoir présenter un intérêt exceptionnel, étant donnée la personnalité de l'auteur. Gustave Le Bon est, en effet, un de ces cerveaux merveilleux qui fertilisent tout ce qu'ils touchent et dont l'action s'est si heureusement exercée sur plusieurs domaines. Qu'il s'agisse de radio-activité, d'histoire ancienne, de physio-chimie, d'équitation, de relevés topographiques, de psychologie, d'éducation, partout sa pensée s'est montrée neuve, puissante, riche de résultats utiles. Je ne sais qu'un homme qui puisse lui être comparé : c'est notre regretté Remy de Gourmont. Qu'un esprit de cette envergure nous livre ses réflexions sur le sanglant conflit des peuples d'Europe, et nous étions sûrs de posséder un ouvrage de premier ordre.

D'autant que, mieux que tout autre, l'auteur est placé pour avoir des renseignements interdits au commun des mortels. Nous croyons savoir, en effet, que (le mercredi peut-être) chaque semaine réunit à sa table des hommes comme le président du Conseil, d'anciens ministres, des présidents des commissions les plus importantes du Sénat et de la Chambre, dont la conversation — vous le devinez sans peine — ne doit pas, à l'heure actuelle, être dépourvue d'intérêt.

Enfin, octobre 1916 voit paraître un tout petit volume, sans prétention, de la petite collection à 2 fr. 50 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine : *Le Darwinisme et la guerre*. Il est écrit par un grand nom de la zoologie, le professeur P. Chalmers Mitchell, de Londres. Je venais de le lire et de le zébrer, pour mon plus grand profit, de coups de crayon attentifs, quand, dans *le Temps* d'aujourd'hui même, je lus tout un feuilleton

©BIUM

d'Edmond Perrier, consacré à ce modeste volume. Et c'est, si vous le voulez — la pluie aidant et surtout, heureusement, les blessés n'affluant pas — le motif qui me pousse à venir parler aux lecteurs des *Annales médico-psychologiques* des trois livres qu'ils doivent déjà connaître.

* * *

Le Dr Ch. Fiessinger a écrit, sur *Les maladies des caractères*, une sorte de répertoire élégant et facile. Il a parcouru d'une allure aisée tout le sujet. Peut-être regretterons-nous qu'il soit un peu trop resté sur la grande route. Il met en langage moderne du Cabanis. A côté des réactions gastriques, intestinales, cardiaques, il étudie les réactions glandulaires et le grand sympathique — surtout féminin. Il sacrifie à l'inconscient moderne, et, connaissant la psycho-analyse, n'a garde d'oublier l'instinct sexuel.

« La timidité irréductible, la peur, le courage, la tendresse semblent en relation avec la paresse ou l'activité sexuelles... (p. 31). »

« Les actifs sont des sexuels à sécrétions internes véhémentes (p. 38). »

Le chapitre le plus curieux est celui consacré au *caractère des races* : conséquence du régime alimentaire, lui-même subordonné au climat :

« Manger, boire, dit-il, voilà ce qui détermine la sensibilité... Le kolossal des Allemands est né de l'aptitude de distension stomacale que leur a conférée, depuis des siècles, l'absorption de leurs tonneaux de bière... (p. 47). »

La bière engourdit. Le vin stimule. Le buveur de bière est d'une jovialité lourde. L'obésité est une réaction de défense :

« Le buveur de bière engraisse pour ne point s'empoisonner. Transmettez maintenant cet empoisonnement

©BIUM

à travers les âges et de génération en génération. Peu à peu se constituera, parmi les descendants, un type d'individus dont la tolérance pour les victuailles pesantes, charcuterie, saucisson, fromage et bière, sera assurée par les développements de tissu adipeux qui emprisonnera le trop-plein de substances toxiques et, grâce à cette précaution salutaire, défendra les tissus nobles contre l'envahissement par les déchets d'une nutrition viciée et trop copieuse. Un Allemand maigre, remarquez-le, a quelque chose de caricatural ; il faut qu'il soit épais pour répondre à la vérité de sa nature (p. 48). »

Une Allemande est avant tout une ménagère et une nourrice, et Gœthe, lui-même, présentant la jeune fille idéale, Charlotte, la montre préparant ses tartines à ses petits frères.

Dans *Les Frontières du cœur*, de Victor Margueritte, la Française, mariée à un Boche et allant vivre en Thuringe, doit apprendre d'abord à fabriquer les plats délectables, une bonne soupe de bière cuite, très beurrée, très sucrée, très liée à la farine et à la crème, avec « des œufs battus et des raisins secs, et un peu de vanille et de citron ». Ah ! les fameux Lœberknudel : « Une main experte avait seule pu amalgamer de la sorte le pain, le lait, le foie de veau, la graisse de bœuf, les œufs et la farine, sans oublier oignons, persil, ail, thym et noix muscade. ».

Et le Dampfnudeln à la Silésienne, donc ! Qu'en eût dit Monselet, lui qui, pourtant, signalait que, à propos de la « Purée Crécy » :

> Légumes taillés en pièce
> Disent seuls, en ce temps-ci,
> Les grands combats de Crécy.

Pour Fiessinger, l'Allemand est gras parce qu'il se défend ainsi contre l'empoisonnement de ses bousti-

©BIUM

failles. Cette application du rôle antitoxique des lipoïdes est assez amusante et fort suggestive.

Grâce à leur graisse, leur ventre peut fonctionner à l'aise et devenir l'organe important chez eux. Comment là-dessus ne se grefferaient pas l'infatuation et la cruauté?

Victor Delbos a dit : « Idéalisme signifie pour eux que les choses existantes ont en elles les raisons qui les expliquent et, du même coup, les justifient. »

Plus médicalement, Fiessinger écrit :

« Le cerveau a justifié (chez les Allemands) le sympathique, et toute une littérature s'est jetée fiévreusement dans l'accomplissement de la besogne d'harmonisation où les tendances brutales de l'esprit s'accordaient avec les frénésies du ventre (p. 57). »

* * *

La pensée de Fiessinger est toujours intéressante.

Boire de l'eau entraîne « la paresse des idées, la cristallisation des sentiments »... « Les races qui ne boivent que de l'eau ne progressent guère. »

Voilà des affirmations qui auraient valu de véhémentes protestations au Congrès de Bruxelles, en 1910.

Fiessinger a probablement raison. Gloire au pinard des poilus! Sans lui, que les journées nous étaient grises! Ce n'est pas pour rien que les Grecs ont fait de Bacchus le Dieu de l'inspiration.

* * *

Permettez-moi, avant d'en finir avec ce livre, de cueillir les réflexions suivantes, bien faites pour plaire aux médecins :

Pour Fiessinger, Calvin, un maigre, devait être constipé. « Quel fut, au juste, la santé de Calvin? Dyspep-

©BIUM

tique, à coup sûr, et ayant fort à lutter contre la paresse de son intestin (p. 108). »

Quant à Renan ! Écoutez :

« L'obèse, qui répugne à l'action, accueille le scepticisme avec la sympathie qui se dégage de l'ankylose de ses jambes. Au lieu d'un obèse sensitif, Renan eût été un maigre, *les Origines du christianisme* n'eussent pas été écrites (p. 119). »

Si non e vero...

Et ceci, pour terminer :

« C'est l'activité de la pensée qui vaut la frilosité de l'homme... Napoléon était frileux (p. 127). »

Marie-Louise avait trop chaud.

C'est ce qui doit leur avoir fait rater le roi de Rome.

*
* *

Nous retrouvons, dans *Les Enseignements psychologiques de la guerre européenne*, l'aboutissant d'un certain nombre d'idées soutenues par Gustave Le Bon.

Une de celles qui lui sont le plus chères est que la logique rationnelle bâtit la science mais ne crée pas l'Histoire. A côté des lumières intellectuelles, existent des forces affectives, mystiques, collectives ; *chacune d'elles possède une logique spéciale, très différente de la logique rationnelle.*

« La logique *biologique* régit le cycle de la vie organique et des besoins nécessaires à son entretien. La logique *affective* dirige les sentiments et les instincts qui nous mènent. La logique *collective* conditionne la morale et la vie sociale. De la logique *mystique* sont nés les dieux et les croyances. La logique *intellectuelle* enfante les découvertes qui transforment l'existence des hommes. »

Le *caractère* s'édifie sur une combinaison héréditaire de sentiments, c'est-à-dire d'éléments affectifs ; et, si

l'intelligence fait penser, c'est lui qui fait agir. Les convictions fondamentales tiennent peu compte des évidences rationnelles. L'homme isolé et les nations ne peuvent voir les choses qu'avec leur réfraction personnelle.

Par le fait seul qu'elle devient collective, une illusion acquiert la force d'une vérité.

Des facteurs *biologiques*, *affectifs* ou *mystiques* ont été cause des grands conflits européens. Ceux d'origine mystique se montrèrent toujours les plus forts.

« Si l'Europe se voit en feu aujourd'hui, si l'élite de sa jeunesse meurt sur des champs de carnage, si tant de familles sont dans le désespoir, c'est parce qu'un peuple, qui se croit destiné à régénérer le monde, prétend lui imposer sa mystique chimère de domination universelle. »

La lutte actuelle ressemble aux anciennes guerres religieuses. « L'irrationnel la régit entièrement. »

* * *

L'auteur, étudiant l'évolution moderne de l'Allemagne, montre que la Prusse est un État artificiel accru par ses annexions, le rôle bien connu des philosophes et des théoriciens de la guerre. Il affirme que l'*âme allemande* fut créée par ses dirigeants.

La mentalité d'un peuple *se fait* beaucoup plus qu'elle *n'existe* réellement en soi. Nous verrons la thèse analogue soutenue par Chalmers Mitchell :

« Faire naître, progresser, puis rendre collectifs certains sentiments constitue un des principes essentiels de la psychologie politique. Avec des sentiments habilement maniés, on dirige les volontés d'un peuple. En perpétuant ces sentiments, on refait son âme. »

Si faire surgir des sentiments dans l'âme d'un

©BIUM

peuple est relativement facile, dit G. Le Bon, les refréner ensuite devient extrêmement difficile. Ils se transforment vite en forces redoutables qu'on ne maîtrise pas.

Tel fut le cas de l'Allemagne.

« L'heure devait fatalement sonner où son gouvernement ne serait plus maître des sentiments créés sous son impulsion et celle des partis constitués pour pousser à la guerre. Il était alors inévitable qu'au premier incident éclatât le conflit que beaucoup rêvaient. »

Jamais l'unification mentale d'un peuple ne fut poussée plus loin.

Ce n'est pas dans la « prétendue surpopulation de l'Allemagne » ; ce n'est pas dans le besoin d'expansion et de débouchés commerciaux ; ce n'est pas dans des rivalités coloniales qu'il faut chercher les causes réelles de la guerre.

L'idéal d'hégémonie a joué le principal rôle, car : « chaque nation, civilisée ou barbare, est conduite par un idéal mystique plus impérieux que toutes les raisons... C'est une grande force pour les impulsions mystiques de ne contenir aucun fond rationnel ; *si l'idéal qu'elles synthétisent devenait rationnel, les hommes ne se feraient plus tuer pour lui* ».

Ce rôle de l'idéal d'hégémonie, Gustave Le Bon l'étudie dans une série de chapitres copieusement documentés où il détaille le rôle des peuples et des gouvernements dans l'explosion du cataclysme.

Enveloppé par l'âme collective, l'homme le plus intelligent perd toutes ses facultés critiques et la preuve en fut donnée par les intellectuels allemands dont les facultés critiques parurent inversement proportionnelles au carré de leur officialité.

L'auteur montre un certain nombre d'erreurs dans les deux groupes de belligérants.

©BIUM

Notre rôle ici n'est pas d'insister sur les chapitres de stratégie et de politique.

Nous soulignerons simplement certaines des idées de Gustave le Bon qu'il a d'ailleurs déjà soutenues dans sa *Psychologie des foules* et dans sa *Psychologie politique...*

Pour nous, psychiatres, qui savons combien la personnalité peut varier, mais qui observons surtout ces variations dans les cas pathologiques, il est intéressant d'entendre un philosophe dire de l'homme normal :

« La fixité de la personnalité dépend uniquement de la constance du milieu. Dès que ce milieu subit un changement, les équilibres des éléments de la vie mentale se dissocient. Il en résulte, chez le même être, la naissance d'équilibres nouveaux et, par conséquent, d'une personnalité nouvelle... La vieille doctrine de la constance de la personnalité est si répandue encore, qu'on s'étonne toujours de voir les hommes changer de conduite et d'opinions en changeant de situation et par conséquent de milieu. Comment pourraient-ils, cependant, ne pas modifier leur manière d'agir puisqu'ils sont devenus d'autres hommes? »

Et ceci nous explique les révélations de caractères nouveaux dans la guerre actuelle. Tel qui, en temps de paix, était un casseur d'assiettes et portait beau ses costumes... et son courage, se tient sagement dans une petite ville de province... et applaudit de loin au succès des vrais soldats ; tel autre modeste, effacé, timide, qui devient un splendide conducteur d'hommes. Le premier a tellement montré son courage qu'il l'a perdu au coin d'un trottoir le premier jour de la guerre. Le second l'avait précieusement gardé pour l'offrir à son pays...

Je ne résiste pas au plaisir de copier ces réflexions de Rudyard Kipling, qui ne peuvent qu'aller au cœur des Français :

©BIUM

« Qui de nous, dit-il, n'a compté parmi ses relations un de ces hommes qu'on croit connaître, de qui on se fait une certaine image conventionnelle, complètement détruite et changée par l'événement, si une catastrophe se produit dans son existence? Celui que nous considérions comme un être quelconque, un homme pareil à nous, se hausse soudain, très simplement, à une altitude qui nous semblait inaccessible. Lui, le simple camarade qui vivait la même petite vie que nous, est soudain devenu quelque chose de très grand. *Et c'est là l'histoire de la France d'aujourd'hui.* »

Il y a dans cet ouvrage de très intéressantes observations sur la volonté consciente et la volonté inconsciente.

« La volonté inconsciente, dit G. Le Bon, a sa source dans les besoins, désirs, aspirations de la race, du groupe ou du milieu dont notre personnalité est enveloppée. Aspirations, besoins et désirs s'épanouissent sous forme de suggestions et d'impulsions qui orientent notre volonté inconsciente quand ils ne la dominent pas. La plupart des hommes n'agissent que sous l'empire de volontés inconscientes, et comme ils les connaissent seulement au moment de l'action, on observe souvent chez eux une divergence complète entre leurs paroles et leurs actes. » Une bataille est surtout une lutte de volontés et ceci est d'un excellent augure pour nous.

A la Marne, l'aile droite de von Klück battit en retraite au moment où Maunoury allait reculer. De l'Yser, M. F. Nothomb a écrit que « si les Allemands avaient tenu un quart d'heure de plus, peut-être passaient-ils partout ».

Dans la défense de Nancy, il s'en est fallu d'un cheveu que la ville ne fût prise. Le 7 septembre 1914, le colonel du 314e recevant l'ordre de se replier, opposa un refus, demanda un ordre écrit et... pendant ce temps l'ennemi s'en allait.

©BIUM

C'est sur cette note qui nous montre nos devoirs... et nos espoirs que je tiens à terminer ces lignes sur l'ouvrage peut-être le plus remarquable qui ait paru sur la guerre actuelle.

***

Dans *Le Darwinisme et la guerre*, M. P. Chalmers Mitchell discute la théorie allemande : que la guerre est nécessaire, qu'elle est une conséquence de la loi de l'évolution et de la sélection naturelle.

Vous connaissez — depuis la guerre (car avant 1914, ceux surtout qui auraient dû les connaître paraissaient les ignorer) — les travaux de von Bernhardi, de Treitschke, Nietzsche, Lasson, Lamprecht et autres Boches d'importance. Pour eux « la guerre est la loi fondamentale de l'évolution », « les plus forts éliminent les plus faibles ».

Ils se réclament de Charles Darwin. Ils sont les plus forts. Ils peuvent et *doivent* éliminer les autres.

« Des visées ainsi criminelles, dit Chalmers, ont trop souvent prétendu consacrer leurs procédés ignominieux à l'ennoblissement de la race humaine. Cette branche de la pathologie mentale, ajoute-t-il dédaigneusement, a été amplement illustrée par des barbares tels que l'Anglais William Shakespeare (Richard III) et les Russes Tolstoï et Dostoïewski. »

Avec une calme ironie d'Anglais, Chalmers montre l'impudente ignorance des généraux et littérateurs allemands quand ils parlent de lois scientifiques.

Ils n'ont pas plus compris Darwin qu'ils n'ont soupçonné la psychologie des peuples attaqués par eux et la valeur — pour les autres — des « chiffons de papier ». Leurs pandours de la philosophie guerrière ont brutalement fait passer des analogies pour des vérités; et pourtant leur Kant a établi l'antinomie entre la science et la réalité de la façon la plus tranchante.

©BIUM

La théorie de l'évolution entrevue par Diderot, Buffon, Erasme Darwin, réellement fondée par Lamarck, puis développée par Herbert Spencer, affirmée enfin à la même séance de la Société Linnéenne, par Charles Darwin et A. R. Wallace, est une conception d'un « processus calme et régulier, d'une lente croissance » et non une espèce de lutte furieuse ou de guerre entre les individus ou entre les espèces.

En 1859, Darwin publia *L'Origine des Espèces* d'où surgissait la théorie de la sélection naturelle qui expliquait l'évolution.

Mais, si, en 1916, le monde scientifique est d'accord au sujet de l'*évolution*, il ne l'est pas du tout au sujet de la *sélection naturelle*.

L'école mendéléenne croit aux *variations subites*. Une autre école, « composée pour la plupart de ceux qui se consacrent à l'examen des documents fossiles de la vie », attache une importance croissante à l'existence de variations orientées dans une certaine direction et pense que « l'évidence parle plutôt en faveur des ramifications de l'arbre généalogique, qui ont été lancées dans leurs différentes directions par quelque *force directive interne*, au lieu d'être façonnées et élaguées par la sélection ».

Chalmers conclut ainsi :

« Il est tout simplement ridicule d'affirmer que la sélection naturelle et la lutte pour l'existence peuvent revendiquer le droit d'être considérées comme une loi scientifique. »

Voilà un bon compliment d'un zoologiste à la science d'un *von* général !

L'évolution est la *conservation des races favorisées*, ainsi que le dit Darwin lui-même, qui nous prévient qu'il n'emploie le mot « lutte » que dans un sens « large et métaphorique ».

« Ce n'est que plus tard, lorsque les poètes et les vulgarisateurs se mirent à l'œuvre, que la lutte pour l'existence acquit la signification spéciale de férocité et de cruauté et devint une expression de la nature remplie de carnage. »

Par une série d'exemples, le professeur Chalmers montre que la lutte pour l'existence dans le règne animal est essentiellement l'adaptation au milieu et ne présente aucune trace de ressemblance avec la guerre humaine.

D'ailleurs, si les animaux forment des races diverses, il n'en est pas de même pour les nationalités de l'Europe qui toutes présentent un mélange des trois races fondamentales : ibérienne, nordique, celtique. Les divisions politiques actuelles de l'Europe ne sont nullement faites d'après les races typiques qui l'habitent. Les frontières politiques ne sont pas du tout en harmonie avec les frontières des races.

« Même si la lutte pour l'existence était la seule loi qui ait donné naissance et forme à l'arbre généalogique, elle ne s'appliquerait pas encore nécessairement aux sociétés politiques des hommes, car la cohésion de ces sociétés ne repose pas sur une descendance commune, mais sur des obligations qui sont particulières à la race humaine. »

Une nationalité est formée en effet par le milieu, par les facteurs économiques, par les grandes cités, par l'importance relative donnée aux travaux des villes ou à ceux des champs, etc., etc.

La culture d'un peuple « implique la mise en œuvre d'une série de forces, en partie sélectives, en partie directrices, que la politique, l'éducation, la société et le milieu ambiant peuvent fournir, pour façonner le caractère national, de tout, enfin, ce que la discipline est capable d'imposer à la nature plastique... Elle est le labourage et la moisson ».

©BIUM

L'étude de la nationalité est une étude sur la culture. En ce sens la lutte actuelle est bien la lutte de la « Kultur » boche contre les cultures anglaise, française, russe, belge, italienne, serbe, roumaine.

Les facteurs *épigénétiques*, c'est-à-dire qui se superposent aux caractères transmis par l'hérédité, ont une grande importance.

L'effet direct exercé par le milieu ambiant sur les tout jeunes gens et les adultes est bien connu. « Qui n'a pas remarqué de tels effets chez un Américain qui a passé quelques années à Paris, chez un Ecossais qui a été employé dans un bureau de New-York, ou chez le membre d'une ambassade anglaise qui revient d'un pays étranger? »

On devine pourquoi des Américains, des Chiliens, des Asiatiques, se font tuer pour la France.

Les résultats de l'action du milieu sur l'esprit se reflètent dans la littérature et la presse. Toute nouvelle acquisition par la littérature demeure « comme un héritage permanent ».

« La littérature forme, dans une nation, un organe nouveau qui surpasse la vie individuelle, qui se transforme et s'accroît de génération en génération, et qui constitue un milieu psychique permanent du genre le plus puissant. »

C'est l'organe de la « culture ». Elle contribue à différencier les nations — quelque grande que soit la ressemblance de leur constitution primitive — d'une façon toute nouvelle et *qui n'appartient qu'à l'homme.*

Non seulement Chalmers en arrive à nettement séparer l'homme de l'animal pour les motifs de lutte ; mais encore, après avoir fait une critique pleine d'humour du système philosophique de Bergson, de la « philosophie élégante de nos jours », il conclut :

©BIUM

« L'homme n'est pas sujet aux lois de l'inconscient, et ce n'est pas par elles qu'on doit juger sa conduite, mais selon que celle-ci est en harmonie avec le non-moi extérieur et réel que l'homme a construit à travers les âges. »

Dr Paul Voivenel.

Aux armées, 5 novembre 1916.

Dr Pierre Hannard (1884-1917).

Le 25 janvier 1917, s'est éteint à Bourges, dans sa famille, le Dr Pierre Hannard, médecin-adjoint de l'asile d'Armentières (Nord). Suivant la volonté formelle du défunt, ses obsèques furent simples, sans nul apparat : quelques amis, — des intimes, — pas de fleurs, aucun discours. Mais, avant de nous quitter, Hannard, timidement, humblement à son ordinaire, avait exprimé un désir, et il avait bien voulu me désigner pour le réaliser : quelques mots consacrés à sa mémoire dans le prochain numéro de cette Revue. Puissé-je, dans les lignes qui vont suivre, ne pas décevoir l'attente et me montrer digne de l'ultime confiance de mon bien cher et bien regretté ami !

Pierre Hannard était né à Lille, le 21 juin 1884. Il descendait d'une vieille famille médicale de Picardie : son arrière-grand-père, son grand-père, son grand-oncle avaient été médecins. Renouant la tradition, un moment interrompue, Hannard, après de brillantes études classiques faites à Paris, au lycée Condorcet, était revenu s'inscrire, en 1902, à la Faculté de médecine de Lille. En 1906, il était nommé, au concours, interne des hôpitaux. Ses maîtres, qui dès lors l'avaient distingué, voulaient le retenir dans la médecine géné-

©BIUM

rale et lui prédisaient le plus bel avenir dans la pratique et dans l'enseignement. Hannard préféra notre spécialité. En mars 1909, reçu le premier à l'internat des asiles du Nord, il entrait à l'asile d'Armentières et il s'attachait à notre collègue, le professeur agrégé Raviart, dont il devint, dès ce moment, l'élève de prédilection. Le 28 mars 1911, fidèle à la Faculté de Lille, Hannard présentait sa thèse de doctorat, qui lui valait la médaille d'or. Quelques semaines après, reçu, encore le premier, au concours de l'adjuvat, il entrait dans le cadre comme médecin-adjoint à l'asile de Bégard (8 juin 1911). Un an plus tard (23 juin 1912), il revenait, en la même qualité, à l'asile d'Armentières que, seuls, les événements tragiques de l'été 1914 devaient lui faire quitter.

D'apparence frêle et de santé délicate, Hannard, à vingt ans, avait été exempté du service militaire. Dès nos premiers revers, il réclama sa place dans le rang, et, le 14 septembre 1914, sur sa demande, il était classé dans le service armé par la Commission spéciale de Dunkerque. Pendant plus de deux mois, côte à côte et en étroite intimité avec notre collègue Pochon, il remplit stoïquement les plus humbles besognes d'infirmier. Le 20 novembre 1914, il était enfin nommé aide-major de 2e classe et affecté à l'hôpital temporaire de Zuydcoote, dans la zone des armées. Pendant plus d'un an, à la tête d'un service de médecine générale, il y soigna surtout des typhiques. Le poste, entre Dunkerque et la frontière belge, n'était pas de tout repos ; mais, par le confort que permet la vie d'hôpital, il convenait à Hannard, dont la santé, de toute évidence, exigeait des ménagements. En septembre 1915, pour des raisons qu'il n'a jamais bien démêlées, Hannard était versé dans un régiment d'infanterie et montait aux tranchées comme médecin de bataillon : alors, ce furent les Hauts-de-

©BIUM

Meuse, les Éparges, Tahure. Comment il s'y conduisit, ceux qui l'ont vu à l'œuvre en ont porté témoignage :

Citation à l'ordre du régiment n° 187, 4 novembre 1915.

« Dr Pierre Hannard, médecin aide-major de 2e classe au 328e d'infanterie, 4e bataillon : A fait preuve, dans des circonstances difficiles et dans des conditions très pénibles, d'un dévouement inlassable, dans un bombardement constant ; a pansé pendant trois jours et trois nuits plus de trois cents blessés provenant des combats des... et a refusé tout repos jusqu'à leur évacuation complète. »

Par quel miracle d'énergie il put s'y maintenir deux mois, ceux qui l'ont connu se le demanderont : le 17 novembre 1915, fourbu, fiévreux, Hannard était évacué sur l'intérieur et hospitalisé. Au printemps, il alla pendant quelques semaines demander des forces au soleil du Midi. Mais, impatient de rester oisif en un pareil temps, il interrompait bientôt — trop tôt — sa cure et, encore officiellement convalescent, venait m'offrir ses services et se remettre, avant l'heure, au travail. Attaché dès lors à l'asile d'aliénés du Cher, il ne quitta Beauregard que pour son lit de mort.

C'est pendant ces quelques mois, trop courts, d'une collaboration quotidienne, qui se mua rapidement en un profond attachement, qu'il m'a été donné de connaître Hannard et de l'apprécier. Très réservé, discret et modeste au possible, Hannard ne laissait filtrer que peu à peu et ne révélait que comme à regret les qualités rares de son esprit et de son cœur. Il parlait peu, jamais de lui-même, par crainte, sans nul doute, d'être importun. Mais, dès qu'il était mis en confiance ou bien sollicité d'intervenir dans une discussion, il frappait par la justesse de ses remarques, par la sûreté de sa documentation, par l'étendue de sa culture. Et quand, séduit

©BIUM

par l'aménité de son caractère et par la courtoisie de ses manières, l'on poussait plus avant dans son commerce, on le découvrait d'une loyauté, d'un dévouement à l'épreuve et surtout d'une délicatesse, d'une fraîcheur de sentiments vraiment charmantes. Hannard forçait l'estime et, sans la rechercher, sans y prétendre, attirait invinciblement la sympathie.

En bref, tel était l'homme. Que dire maintenant de l'aliéniste, du médecin? Travailleur, instruit : ses titres et ses succès de concours et d'école en sont la preuve, — mais surtout et par-dessus tout consciencieux, — consciencieux jusqu'au scrupule. On répète volontiers de la médecine qu'elle est la plus belle des professions et le plus ingrat des métiers. En un sens cela est vrai surtout de la médecine mentale. L'œuvre à laquelle nous nous attachons ne manque assurément ni de grandeur ni d'attraits : la besogne quotidienne nous apparaît trop souvent mesquine et sans gloire. Hannard n'était pas de ceux qui méprisent, ou négligent, ou désertent le métier. Volontairement, délibérément, renonçant à des situations plus brillantes ou plus enviées, il s'était mis, suivant le terme jadis d'usage, au « service » des aliénés : il estimait qu'il s'y devait tout entier. Et jamais l'idée ne lui était venue qu'il pourrait distraire pour des occupations à côté, pour des travaux personnels, une parcelle du temps qu'il devait d'abord, par contrat, à ses malades. Même, j'ose le dire, il exagérait. Il était à l'asile ce qu'il fut à Tahure : il allait jusqu'à l'extrême limite de ses forces. Que de fois, amicalement, — trop amicalement peut-être, — ne l'ai-je pas grondé quand je le voyais s'attarder, sans souci mais au détriment de sa santé, dans ses visites, à l'amphithéâtre, devant sa table de travail! Mais il ne pouvait goûter de repos que lorsqu'il savait sa tâche

©BIUM

faite, et parfaite. Jusqu'à son dernier souffle, on peut le dire, la notion du devoir professionnel le poursuivit, l'obséda : dans la fièvre de l'agonie, il revoyait ses malades de Beauregard, ses blessés de Champagne et il se désespérait à l'idée qu'il n'arriverait jamais à les soigner tous, à les panser bien !

Cette même et haute conscience, Hannard l'apporta dans sa production scientifique. On peut lire en pleine assurance et en parfaite sécurité tout ce qu'il a écrit. J'ai sous les yeux les observations qu'il a prises naguère ici même et dont nous destinions certaines à un travail commun : elles sont probes, sincères, irréprochables. Tout est vérifié, contrôlé avec minutie. Hannard n'avance rien qu'il ne prouve. Si peu qu'il doute, il l'indique. Et s'il affirme, on peut l'en croire. Jamais, à chaque fois que je l'ai pris pour guide, je ne l'ai trouvé en défaut.

Bien que j'en aie puisé les éléments aux meilleures sources, je ne prétends pas donner complète l'énumération des travaux publiés par Pierre Hannard. La plupart ont vu le jour à Lille, dans le service du professeur agrégé Raviart qui, seul, sans doute, en pourrait dresser la liste, — et Raviart, depuis trente mois, est retenu dans les régions envahies... Je n'en donnerai pas l'analyse : les lecteurs des *Annales* en ont eu souvent la primeur, et ce n'est pas à eux qu'il est besoin d'en vanter les mérites. Je me permettrai une simple remarque : tous les mémoires de Pierre Hannard, sa thèse exceptée, et il n'en pouvait être autrement, sont écrits en collaboration. Toujours pour les mêmes raisons : scrupules excessifs, excessive modestie. Hannard, si indulgent pour autrui, était sévère pour lui-même. Ayant beaucoup lu, pas toujours avec profit, il redoutait de paraître à son tour ennuyeux, banal ; il avait besoin, pour se proposer au public, de se sentir rassuré, étayé, soutenu. Mais, tenez pour certain qu'à l'élaboration de l'œuvre com-

©BIUM

mune, il contribuait pour sa très large part. Aussi, peut-on sans injustice lui faire honneur de tous les travaux que voici :

1° Deux cas d'ostéomyélite prolongée. En collaboration avec Minet, interne des hôpitaux (*Écho médical du Nord*, 11 février 1906) ;

2° Adénopathie trachéo-bronchique et paralysie récurrentielle. En collaboration avec le professeur agrégé Deléarde (*Écho médical du Nord*, 12 avril 1908) ;

3° Lipome du voile du palais. En collaboration avec le professeur Gaudier (*Société centrale de médecine du Nord*, 11 juillet 1908) ;

4° Anévrisme de l'aorte ouvert dans la bronche gauche. En collaboration avec le professeur agrégé Raviart (*Société centrale de médecine du Nord*, 25 juin 1909) ;

5° Vingt-cinq observations de paralysie générale et de tabo-paralysie conjugales. En collaboration avec Raviart et Gayet (*Société de Neurologie*, 10 février 1910) ;

6° Troubles trophiques dans la paralysie générale. Quatre observations de pemphigus (*Société centrale de médecine du Nord*, 23 février 1910) ;

7° Rupture du cœur chez un dément sénile. En collaboration avec P. Legrand (*Société centrale de médecine du Nord*, 11 mars 1910) ;

8° Cholémie et états mentaux dépressifs. En collaboration avec Sergent (*Société médico-psychologique*, février 1911) ;

9° Un cas de psychose chronique à base d'interprétations avec délire d'imagination et réaction revendicatrice. En collaboration avec Privat de Fortunié (*Revue de psychiatrie*, février 1911) ;

10° Le délire d'interprétation de Sérieux et Capgras (Thèse de doctorat, Lille, 1911) ;

11° De la paralysie générale et de la tabo-paralysie conjugales dans le département du Nord, 1871-1909.

©BIUM

En collaboration avec Gayet (*Annales médico-psychologiques*, mars-mai-juillet 1911) ;

12° La revision de la loi sur les aliénés et les hôpitaux psychiatriques. Un hôpital pour l'observation et le traitement des maladies mentales : la clinique départementale d'Esquermes, à Lille. En collaboration avec le professeur agrégé Raviart (*Informateur des aliénistes et des neurologistes*, mai 1914).

Enfin, dans le dernier numéro de cette Revue, Pierre Hannard inaugurait par une analyse critique de la thèse de Vachet : « Les troubles mentaux consécutifs au shock des explosifs modernes », une collaboration qui devait désormais devenir régulière et qui n'eût pas manqué d'être appréciée.

Tous ces espoirs, tous ces dons, en quelques semaines nous venons de les voir brutalement anéantis. Après Lucien Libert, Pierre Hannard, c'est un lourd tribut que nous payons à la guerre, et ne dirait-on pas, vraiment, qu'entre nos jeunes camarades la Parque a choisi l'élite et frappé les meilleurs parmi les bons? L'heure est aux sacrifices : inclinons-nous. Mais gardons pieusement dans nos mémoires le souvenir de ceux que, prématurément, emporte la tourmente, et inscrivons leurs noms sur nos tablettes, au rang des plus grands, à la place d'honneur.

GEORGES VERNET.

©BIUM

Psychologie

DE LA MÉMOIRE

Par le Dr RÉMOND (de Metz),
Professeur de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse.

Suite et fin (1).

Nous ne saurions mieux faire pour établir les relations de la fonction mémoire avec l'ensemble des fonctions cérébrales et médullaires que de parcourir maintenant les divers cadres de la pathologie pour y rechercher les données qui peuvent soit confirmer soit contredire les déductions que nous venons de parcourir.

L'oubli, la perte de la mémoire est un phénomène normal, il s'exagère et se précise au cours d'un certain nombre d'états pathologiques dans lesquels la brusquerie et l'étendue de la perte permettent peut-être d'en mieux saisir le mécanisme. Ou bien, quand la mémoire s'efface, l'adaptation cellulaire disparaît; le neurone cesse d'être orienté en fonction de la sensation et redevient neutre pour ainsi dire, prêt à subir l'action d'une sollicitation nouvelle. Cela est possible, probable même lorsque la sensation première ne s'est pas produite dans les conditions nécessaires à lui assurer une

(1) Voir les *Annales* de janvier 1917.

©BIUM

intensité suffisante. Ou bien l'état statique de l'élément anatomique persiste, mais l'association des idées actuelles est dirigée dans un sens trop différent pour que la sollicitation qui en émane puisse déterminer une réaction quelconque dans un mécanisme trop spécialement adapté. Enfin les phénomènes de mémoire subissent facilement l'action inhibitrice qui résulte de l'état de volonté consciente ; tandis que sous l'influence de sensations peu intenses et à peine aperçues des souvenirs se présenteront à la conscience malgré leur origine lointaine, l'effort volontaire, cet état que nous avons ailleurs montré n'être qu'une modification spéciale et temporaire de la sensibilité, détermine un arrêt suffisant dans l'enchaînement des réactions cellulaires, pour que le phénomène de mémoire dont le besoin s'est fait précisément sentir, refuse obstinément de se déclancher. Il arrive même que le souvenir, aperçu d'une façon pour ainsi dire crépusculaire, s'efface brusquement au moment même où l'état d'attention se constitue. Ce phénomène s'observe d'ailleurs facilement. C'est l'oubli d'un nom propre, que l'on sait connu, au moment de le prononcer. C'est la nécessité de recourir à l'automatisme des centres du langage écrit pour arriver, par leur intermédiaire, à retrouver une orthographe qui échappe et devient d'autant plus incertaine que sa recherche détermine une légère angoisse et une attention de plus en plus intense.

Nous trouvons donc trois formes d'amnésie à l'état normal : par inhibition, par absence d'adaptation entre l'élément mnémonique et l'association actuelle des idées, par disparition de l'orientation spécifique de l'élément anatomique.

Plus la sensation sera venue atteindre des éléments moins jeunes, plus le nombre de ces éléments dont l'action extérieure vient déterminer l'impression au

©BIUM

moment de leur développement sera restreint, plus l'enchaînement des associations nécessaires à la constitution du souvenir sera difficile et incertain ; peu à peu cet enchaînement deviendra presque impossible et les acquisitions récentes ne laissant qu'une impression fugitive par suite de la diminution générale de la sensibilité, la mémoire des faits récents sera telle qu'elle ne pourra durer. Ainsi se constitue une quatrième forme, forme sénile, à cheval sur ce qui peut être la fonction du cerveau simplement vieilli, et sur celles qu'il peut conserver lorsque les premières lésions de la démence sont venues le frapper. Déjà dans la sénilité seule nous pouvons faire intervenir la notion précise de modification profonde de la circulation et de la composition humorale ; dans la démence, les lésions définitives qui tendent à morceler et à isoler les territoires cérébraux encore intacts, la dissociation de la personnalité, sont telles que, si la mémoire fournit encore des données, le sujet ne les rattache plus nécessairement à sa propre personnalité et qu'elles lui apparaissent sur le même plan que les sensations d'origine extérieure et immédiate.

Mais cette modification des conditions humorales nécessaires à la vie cellulaire, cette dissociation de la personnalité ne sont pas seulement les conséquences de l'âge ; elles se retrouvent comme conséquences d'un grand nombre d'états pathologiques. La quantité des facteurs dont on peut invoquer l'action sur la fonction mémoire est considérable, et, préalablement à leur analyse, il est nécessaire de procéder à leur groupement. Les intoxications, les traumatismes, les maladies aiguës, les complexus sémiologiques dont l'anatomie pathologique est mal connue et que l'on a réunis sous le nom de névroses, les maladies du cerveau et de ses enveloppes, les arrêts ou les absences de développement,

©BIUM

constituent autant de chapitres dans lesquels nous allons trouver des formes différentes de l'amnésie. Cette multiplicité des causes vient d'ailleurs déjà et par elle seule confirmer ce que nous disions plus haut de l'étendue du domaine nerveux affecté à cette fonction et de l'absence de localisation anatomique possible.

De toutes les causes toxiques susceptibles de diminuer la mémoire d'une façon partielle ou de la faire disparaître, l'alcool apparaît pratiquement comme la plus importante. Nous aurons, un peu plus loin, à parler de l'action excitante de cette intoxication dans sa première période. Mais, quelle que soit la facilité qu'elle semble donner aux associations des acquisitions anciennes alors que l'imprégnation est encore minime, cette lueur est purement passagère et ne se retrouve même plus dès qu'il existe une certaine chronicité dans l'emploi du poison. L'ivresse grave, intoxication aiguë, détermine une perte de la mémoire complète pendant qu'elle dure, une perte partielle de souvenir des moments qui se sont écoulés avant que cette ivresse fût complète et de ceux qui ont suivi, une absence de toute acquisition correspondant à ces diverses périodes ; tout au plus, peut-on constater l'enregistrement de quelques données confuses et purement schématiques sur les événements des périodes liminales de l'état confusionnel qui correspond à l'acmé de la crise. Bien entendu, à une ivresse plus légère se rattacheront des troubles moins accentués de la mémoire, mais l'absorption d'alcool à dose toxique ne laissera jamais son intégrité à la fonction qui nous occupe. L'action de l'alcool est d'ailleurs facile à saisir ; l'imprégnation des centres est massive, l'analyse permet de retrouver la substance toxique dans le cerveau, quand la dose a été suffisante pour entraîner la mort, et ce fait, joint à la volatilité du liquide et à la rapidité de son élimination, permet de

©BIUM

saisir sur le fait, pour ainsi dire, tout le mécanisme des phénomènes d'arrêt dans les fonctions cérébrales auxquelles on a assisté. D'autre part, l'inhibition toxique se fait d'abord sur les éléments les plus délicats et sur ceux qui caractérisent le mieux la personnalité individuelle pour n'atteindre les centres de l'automatisme qu'en dernier lieu. Les acquisitions éthiques, les souvenirs se rattachant à la bienséance, à la morale, ceux qui relèvent de l'affectivité cesseront d'être susceptibles de représentation longtemps avant que les centres du mouvement aient cessé de permettre un jeu à peu près normal des muscles ; ce sont les centres spinaux et sympathiques qui offrent le maximum de résistance, parallèle à leur adaptation fonctionnelle presque parfaite et à l'inconscience absolue des faits de mémoire que l'espèce a enregistrés en eux.

L'absorption habituelle de l'alcool en excès, et surtout de l'alcool difficilement éliminé, de l'alcool dont la température d'ébullition est élevée, détermine une intoxication habituelle qui entraîne une diminution générale de l'activité de la mémoire. La fonction devient difficile et se prête mal à la fois aux acquisitions nouvelles et aux représentations des acquisitions anciennes. Le même phénomène d'incertitude que l'on constate dans l'innervation musculaire et qui se traduit par le tremblement, se retrouve dans l'ensemble des fonctions cellulaires nerveuses ; la mémoire hésite, les souvenirs se superposent et se confondent, les faits anciens et récents sombrent plus ou moins complètement ; les représentations ne présentent une certaine netteté temporaire que sous l'influence d'une dose nouvelle, de même que l'innervation musculaire retrouve une certaine précision ; la mémoire, grâce à cette sorte d'imbrication des éléments qu'elle fournit à la conscience, devient souvent une fausse mémoire. Le sujet superpose des

©BIUM

données totalement étrangères les unes aux autres ; elles ont perdu une partie de leurs caractéristiques d'orientation dans le temps et dans l'espace, et ainsi se créent des certitudes illusoires ; dès ce moment, d'ailleurs, le malade est au seuil du délire qui, chez l'alcoolique, prend facilement la forme du rêve, rêve qui se prolonge, comme disait Lasègue, en parlant du *delirium tremens*.

A un degré de plus la démence apparaît ; l'alcoolisme chronique n'est, en effet, guère compatible avec une intégrité suffisante de la circulation cérébrale même dans les périodes de désintoxication ; la dissociation démentielle s'installe progressivement et l'amnésie devient de plus en plus complète.

A côté de l'alcool vient se placer le plomb comme poison susceptible d'altérer rapidement et profondément la mémoire ; actuellement, l'intoxication par la céruse est rare ; les machines à composer ont diminué singulièrement la gravité des accidents chez les typographes. Il n'en reste pas moins que, pour avoir diminué socialement d'importance, le plomb doit tenir, au point de vue spécial qui nous occupe, une place importante dans le cadre des facteurs pathogéniques. L'amnésie saturnine est le plus souvent grave ; ici encore, la localisation encéphalique du poison peut être constatée par l'analyse. Dans l'encéphalopathie saturnine, véritable démence, la lésion de la mémoire rentre dans le cadre des altérations démentielles ; elle est rarement curable et c'est une des formes les plus tenaces.

Le mercure peut déterminer des amnésies profondes, mais n'agit guère ainsi que dans les intoxications industrielles massives ; l'emploi de ce métal en thérapeutique n'est plus jamais assez exagéré pour que l'on puisse l'accuser de désordres sérieux dans la mémoire, et ceux que le vulgaire leur attribue sont bien plutôt en rapport avec l'évolution de la syphilis. Peut-être y eut-il

©BIUM

autrefois des lésions plus graves quand on poussait la cure mercurielle aux extrêmes limites de la salivation. Pourtant, les récits de Pangloss ne semblent pas se ressentir d'une action de ce genre, que Voltaire eût connue si elle eût été fréquente.

Les gaz carbonés, oxyde de carbone et acide carbonique, ne sont pas sans avoir, eux aussi, une action sur la mémoire. Il faut, toutefois, distinguer l'action des empoisonnements aigus par ces gaz, de l'effet produit par leur absorption chronique. L'intoxication par les vapeurs de charbon agit plutôt sur la mémoire dans un sens analogue aux traumatismes ; en tout cas, il y a, ce que nous verrons plus loin, à propos des hystéries provoquées, des modifications non seulement dans l'enregistrement des faits immédiats, mais dans la représentation du souvenir des faits antérieurs. Cette amnésie, dite rétrograde, peut s'étendre sur une période assez longue et remonter sensiblement en arrière du moment où l'intoxication s'est produite. Lorsque l'absorption de ces gaz toxiques est le résultat d'un vice dans la construction des appareils de chauffage ou d'une qualité défectueuse des matériaux qui ont servi à les établir, comme cela se produit quand les foyers sont en fonte, les troubles de la mémoire ne se présentent plus sous la forme d'amnésie mais sous la forme d'une difficulté très grande dans l'acquisition ; le souvenir manque parce que les aperceptions sont dépourvues de netteté, et le trouble de la mémoire doit plutôt être considéré comme un trouble de la sensibilité.

Un certain nombre de poisons végétaux doivent encore être mentionnés ici : le tabac, qui cause l'oubli des noms propres, le haschich, l'opium et ses dérivés, sont tous, à des titres divers, causes de perturbations dans les fonctions cérébrales générales et, par conséquent, dans la mémoire. Leur action présente ceci de particulier

©BIUM

que, comme l'alcool, ils déterminent dans une première période une intensité et une netteté plus grandes des représentations mnémoniques; mais les doses nécessaires à obtenir cet effet augmentent rapidement tandis que la période d'excitation devient de plus en plus courte et que le déficit global cesse d'être masqué à aucun moment.

Les infections réalisent un tableau des troubles de la mémoire fort analogue à celui qui dépend des intoxications. La présence dans le sang de produits solubles d'origine microbienne, les modifications des glandes à sécrétion interne, l'élévation de la température, les troubles de la circulation concourent à déterminer, après la fièvre typhoïde par exemple, des amnésies qui peuvent atteindre une gravité extrême. Elles ne résultent pas tant du poison microbien, envisagé isolément, que de l'ensemble des conditions défavorables dans lesquelles se trouve placé le système nerveux. Elles sont globales, c'est-à-dire que la mémoire est altérée dans tous ses modes; une fièvre typhoïde grave, comme on en voyait alors que la balnéation était peu employée, et lorsque l'action de l'infection était aggravée par les médications quinique ou antithermique, pouvait déterminer jusqu'à la perte de mémoire des mouvements coordonnés des membres. Le malade ne savait plus ni lire, ni écrire, ni parler, ni même marcher. La mémoire revenait rapidement, sauf dans les cas où une altération plus profonde encore se traduisait par une démence secondaire, une dissociation définitive de la personnalité. Ces formes ont été rendues beaucoup plus rares par l'emploi du bain; l'association à cette méthode de l'emploi du sérum de Rodet permet de voir évoluer l'infection typhique avec une rapidité beaucoup plus grande et une intégrité parfaite des fonctions de mémoire.

La névrite périphérique généralisée, maladie nette-

©BIUM

ment infectieuse, agit à la fois par l'infection et par les troubles de la sensibilité qui l'accompagnent ; la mémoire est profondément modifiée, les sensations anormales qui caractérisent la maladie sont le point de départ d'associations non orientées ; ce sont de faux souvenirs qui émergent ainsi dans la conscience et qui se traduisent par le délire particulier à cette forme morbide.

Ce que peut faire la fièvre typhoïde peut naturellement se retrouver comme conséquence des fièvres éruptives graves, du choléra, du typhus, de l'infection puerpérale, du rhumatisme, sans qu'il y ait lieu de se livrer, pour chacune de ces formes, à une étude spéciale. La perte de la mémoire n'est jamais partielle, mais elle est plus ou moins profonde. L'anémie par destruction globulaire semble d'ailleurs concourir à la constitution de l'amnésie, surtout dans le rhumatisme, et l'on retrouve l'action de cette anémie envisagée isolément dans les troubles de la mémoire qui sont consécutifs aux grandes hémorragies.

Les grandes hémorragies rentrent, pour une part importante, dans l'amnésie consécutive aux traumatismes, mais ces derniers, pour ne déterminer aucune perte de sang, n'en sont pas moins des causes fréquentes de troubles souvent graves de la mémoire. Celle-ci est, pour ainsi dire, supprimée brusquement par le choc. Le sujet ne se souvient pas de l'accident, et, en dehors de la lacune que représente cette perte de la faculté d'enregistrement des faits, peut ne présenter aucun autre trouble au moins en apparence. Il parle, marche, se sauve, peut exécuter un grand nombre d'actes qui nécessitent le concours de la mémoire des acquisitions anciennes, surtout ceux qui mettent en jeu un certain degré d'automatisme, sans conserver plus tard aucun souvenir de ce qu'il aura fait ou senti pendant cette période. Plus tard, les faits antérieurs à l'accident et

©BIUM

postérieurs à la période de trouble secondaire seront seuls représentés par la mémoire. Dans quelques cas, les acquisitions immédiatement antérieures au choc sont également perdues. Si ce phénomène se produit, on donne le nom de rétrograde à l'amnésie qui porte sur les faits antérieurs. Celle qui se manifeste quant aux faits postérieurs est dite antérograde. L'amnésie rétrograde peut s'étendre sur une période de quelques jours, de quelques semaines, même de quelques mois.

L'amnésie traumatique est le résultat du trouble brusque déterminé par le choc dans la circulation générale. La circulation cérébrale est modifiée pendant quelques instants. Celle des glandes à sécrétion interne l'est également. Les fonctions de ces dernières sont, pour certaines, régulatrices de la pression sanguine ; toutes collaborent à la composition du sang, en y déversant des produits qui n'y circulent que dans une proportion comparable à celle où les gaz rares se trouvent mélangés à l'air atmosphérique. Elles sont susceptibles, quand leurs fonctions se modifient, de déterminer secondairement des modifications physiologiquement très importantes dans l'action du sang sur les cellules. Le traumatisme peut donc agir d'une part, par contusion directe du crâne et de la substance cérébrale et les désordres qu'il provoque rentreront dans le cadre des lésions du cerveau et de ses enveloppes, d'autre part, par simple ébranlement général. Cet ébranlement détermine, à son tour, une modification humorale globale dont la réaction se traduira, comme nous venons de le dire en dernière analyse, par un trouble de la mémoire.

Mais le traumatisme qui agit ainsi sur l'ensemble de l'individu ne modifie pas seulement la mémoire ; son action se traduit par des troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité spéciale, par des troubles du

©BIUM

mouvement. Le premier phénomène que l'on observe est l'émotion, phénomène conscient qui traduit le trouble de la fonction harmonique. L'émotion peut être retardée quant à son aperception ; le choc d'un déraillement, par exemple, peut provoquer d'abord la fuite, et ce n'est qu'après un temps plus ou moins long que le sujet a conscience du phénomène douloureux particulier connu sous le nom d'émotion. Celle-ci peut manquer si la perturbation traumatique est assez intense. Elle peut exister alors que la mémoire est réduite aux souvenirs anciens les mieux acquis, et que ceux qui se rattachent à l'orientation immédiate de temps et de lieu font défaut.

Ce que peut faire le choc, la notion seule du danger peut le réaliser par la constitution brutale dans le champ de la conscience d'une représentation en opposition formelle avec l'instinct de conservation individuelle. Ce conflit violent, pour paraître purement psychique, ne se passe pas moins dans un domaine anatomique qui, pour être imprécis dans son siège et dans ses limites, est cependant en relations intimes avec tout ce qui constitue les organes nerveux régulateurs des fonctions vasculo-glandulaires.

La modification vaso-motrice est suffisamment apparente par la pâleur du visage, l'accélération ou le ralentissement des mouvements du cœur, les modifications respiratoires. Il est donc logique d'admettre ici, comme tout à l'heure, la répercussion de cet état sur l'équilibre endocrinien, et la réaction générale secondaire que provoque la perturbation de la composition sanguine consécutive à ce trouble d'équilibre glandulaire.

Non seulement, l'idée de danger, mais toute idée susceptible de déterminer une réaction analogue par rapport à un instinct, comme celui de la conservation de l'espèce, ou à un sentiment affectif profond, est capable de provoquer une réaction analogue.

©BIUM

Il y a donc à côté du traumatisme matériel, pour établir une distinction qui est surtout dans les mots, un traumatisme moral, psychique, et les deux ordres de facteurs ont une action analogue, provoquent les désordres qui sont superposables.

Les plus importants de ces désordres ont été réunis sous le nom d'hystérie traumatique. Celle-ci présente non seulement l'amnésie dont nous parlions plus haut, rétrograde ou antérograde, mais des troubles de l'attention et de la mémoire qui portent non seulement sur les faits extérieurs mais sur les fonctions somatiques les plus résistantes, en apparence. L'hystérique traumatisé perd la conscience des mouvements de certains segments de membre, de certains membres et perd également la conscience des sentiments de ces régions de son corps. Il les oublie, à proprement parler; rien de ce qui les concerne, aucune des représentations dont ces régions pourraient être l'objet, n'est plus aperçue. La distribution des zones de paralysie et d'anesthésie est d'ailleurs purement psychique et les éléments nerveux conservent leur intégrité anatomique et physiologique ; le malade les ignore, ne se souvient plus de ce qui les concerne, n'enregistre plus ce qu'ils fournissent.

Amnésie d'orientation, amnésie topographique des divers organes, tous ces phénomènes qui résultent d'une modification violente des liquides humoraux et qui peuvent se résumer en fin de compte, en l'effet d'une intoxication endogène, se rapprochant ainsi singulièrement des phénomènes d'amnésie que nous avons signalés à propos de l'action des poisons. Le traumatisé qui se retrouve avec surprise dans une ville où il ne savait plus être venu et l'ivrogne qui se retrouve le matin dans son lit sans se souvenir comment il y est parvenu, sont victimes de processus sensiblement comparables.

©BIUM

C'est encore à des modifications circulatoires et sanguines profondes que se rattache l'amnésie épileptique. Les fonctions pathogéniques sont d'abord les altérations anatomiques du cerveau ; mais la crise ne se produit le plus souvent qu'à l'occasion de l'intervention d'une cause surajoutée, qui relève bien souvent d'un trouble des fonctions digestives. La crise elle-même comporte une perturbation violente de l'équilibre vaso-glandulaire ; elle est nécessairement et fatalement une période d'amnésie. La mémoire, puis l'aperception disparaissent d'abord avant même qu'aucun autre phénomène soit nécessairement déclanché. D'ailleurs, pour ne durer souvent que ce que dure le phénomène critique ou pour être quelquefois à elle seule toute la crise, l'amnésie peut survivre à cette crise, parfois fort longtemps. Elle porte alors, pour ainsi dire, sur toutes les acquisitions caractéristiques de l'individu et ne respecte que ce qui appartient à l'espèce. La notion du moi s'efface, et un moi nouveau apparaît qui conserve, comme le précédent, les souvenirs nécessaires à la vie, marche, parole, lecture, écriture, mais qui est complètement privé de ce qui différenciait le moi primitif d'un autre individu quelconque. Cet état anonyme, appelé état second, peut d'ailleurs se retrouver dans l'hystérie, quand l'amnésie est assez profonde. En dehors de sa valeur médico-légale, qui ne nous intéresse pas ici, elle mérite surtout d'être retenue comme une preuve de la différence qui existe dans les éléments contenus dans la mémoire, entre les représentations dont la possession est commune à tous les membres d'une même espèce et dont la faculté d'acquisition est transmise par cette mémoire de la matière qui vient des ascendants, et les représentations acquises par l'individu. Celles-ci résultant de sa réaction propre, vis-à-vis du milieu, sont celles qui permettent seules de reconnaître à chaque sujet un

©BIUM

caractère personnel suffisamment différencié pour qu'aucun de nous ne puisse être exactement semblable à aucun autre.

Les perturbations humorales, les lésions de la substance grise, plus cliniques qu'anatomiques, se retrouvent dans les maladies dites mentales, mais à un degré moindre cependant que dans les perturbations brusques que peuvent déterminer les traumatismes violents dont nous venons de parler. Les polyo-encéphalites, la mélancolie, la manie, sont des maladies par auto-intoxication, intimement liées à une modification profonde des sécrétions internes. Les traumatismes psychiques, avec les états émotifs qu'ils entraînent, peuvent en être cause, surtout quand à une intensité moindre correspond une répétition de l'action pathogénique ; l'insuffisance ovarienne, l'insuffisance hépatique joueront le même rôle. Étant moins intense, moins massive que dans les cas aigus dont nous parlions tout à l'heure, l'action de ces agents déterminera un trouble moindre dans la mémoire. Le mélancolique, le maniaque conserveront le souvenir de leur état pathologique, et des événements qui ont marqué leur passage dans cet état. Ces souvenirs seront imprécis à cause de la lenteur des aperceptions dans un cas, de leur accélération désordonnée dans l'autre. Ils seront modifiés par toute la série des interprétations erronées, des illusions, des fausses sensations dont le désordre du fonctionnement cellulaire détermine constamment l'aperception.

Dans ces formes, véritables maladies toxi-infectieuses frappant un organe peut-être prédisposé mais dont cependant la fragilité congénitale peut être légère, la mémoire n'est pas ou est peu atteinte. Elle l'est davantage, mais d'une façon encore tout à fait bénigne, quand la prédisposition plus grave favorise l'évolution des formes cycliques. L'instabilité cérébrale n'empêche pas

©BIUM

la mémoire de fonctionner d'une façon presque normale et l'incertitude des souvenirs ou leur absence tient plutôt aux modifications passagères mais répétées de l'appareil de réception qu'à une altération réelle de la fonction mnémonique.

A un degré de plus, la mémoire devient incertaine, mais nous entrons alors dans le domaine de la dégénérescence qui se rattache aux états d'insuffisance de développement dont je parlerai plus loin.

Quand la cellule est peu atteinte, en revanche, dans les délires systématisés où les centres d'association, peut-être même seules les fibres sont altérées ; dans les formes que nous avons appelées leuco-encéphalites pour les rapprocher des leuco-myélites auxquelles elles se rattachent de tant de manières, la mémoire est intacte. Le malade se souvient avec précision des événements ordinaires comme des phénomènes d'origine morbide qu'il a aperçus ; il les place sur le même plan et prend ses interprétations et ses hallucinations pour des réalités ; mais sa logique reste rigoureuse comme la mémoire reste fidèle.

Nous arrivons maintenant aux encéphalites totales, démence primitive, avec l'évolution et la nature de laquelle la précocité de l'apparition n'a rien à voir ; démence secondaire aux maladies mentales, démence paralytique, démence sénile, dont nous avons déjà esquissé un court tableau. Dans tous ces cas, il s'agit d'une destruction progressive, insidieuse ou par masses successives, des facultés ou pour mieux dire des territoires cérébraux. Dans d'autres cas, la lésion a précédé le développement de l'organe et celui-ci ne peut arriver à son organisation normale. Les causes pathogéniques, insuffisance ou maladie des générateurs, infections graves, se rattachent aux mêmes groupes que les causes des démences. L'arrêt de développement, l'idiotie, l'im-

©BIUM

bécillité, la dégénérescence sous toutes ses formes ne sont autre chose que la démence de l'espèce, anatomiquement et pathogéniquement superposable à la démence de l'individu. Dans l'une comme dans l'autre de ces deux séries, la mémoire souffre. Elle présente des lacunes : chez les uns, son développement se fait mal, et cet arrêt va depuis les incapacités les plus complètes jusqu'aux déficits les moins marqués, les plus limités à un territoire délicat. L'idiotie morale, l'impossibilité d'acquérir autrement que par une simple mémoire des mots, et sans aucune adaptation personnelle, les lois de l'éthique, termine ainsi la série qui commence par l'idiotie intellectuelle complète. Chez les autres, les règles de la bienséance, les menus faits sociaux de chaque jour ne sont d'abord plus retenus ; peu à peu, le désordre augmente, les souvenirs récents s'effacent ou, pour mieux dire, disparaissent par lambeaux, jusqu'au moment où les souvenirs de l'enfance, survivant les derniers dans cet effondrement général, disparaissent à leur tour. La mémoire, fonction de l'intégrité cellulaire, subit encore ici le sort de l'ensemble anatomique des organes où elle siège, ou, pour mieux dire, traduit les vicissitudes de la circulation et le retentissement de ces troubles sur la vie cellulaire. Qu'il s'agisse de porencéphalie ou de ramollissement, de méningo-encéphalite diffuse, de gomme localisée, de sclérose alcoolique, de démence post-infectieuse ou d'arrêt de développement, c'est, en principe, toujours une altération vasculaire ou vaso-glandulaire qui entre en jeu comme cause initiale du délabrement ou de l'avortement définitifs.

*
* *

Nous arrivons ainsi à concevoir la mémoire comme une propriété de la substance organique, beaucoup plus que de la cellule, et comme fonction de l'intégrité de la

©BIUM

composition chimique des liquides, des circulations sanguine et lymphatique dans ce que cette composition a de plus délicat et de plus impondérable. Elle appartient non seulement à l'individu mais à l'espèce ; elle se retrouve dans toutes les espèces à condition que l'organisation cellulaire soit sensiblement comparable de l'une à l'autre. On peut dire, en somme, qu'elle est le propre de la matière organisée, dans laquelle son activité se manifeste par la transmission des caractères distinctifs de chaque série d'êtres, et par la réapparition de ces caractères quand une cause intercurrente les a modifiés pendant un temps insuffisant à rendre stables et définitifs les caractères de la modification. La mémoire est le résultat de toutes les forces dominant l'évolution de tout ce qui vit. Elle emprunte à cette étendue de son domaine, à son antériorité aux propriétés de la sensibilité organique que nous avons étudiées jusqu'ici, la conscience et la volonté, un caractère de divinité particulier. Le sentiment obscur que perçoit l'individu, des liens qui le rattachent ainsi à un passé indéfiniment lointain, est en réalité le point de départ de toutes les idées théologiques.

©BIUM

Pathologie.

LE SYNDROME ÉMOTIONNEL
SA DIFFÉRENCIATION DU SYNDROME COMMOTIONNEL

Par A. MAIRET,
Professeur de clinique des maladies nerveuses
à la Faculté de médecine de Montpellier,
Médecin chef du Centre neuro-psychiatrique de la 16e région.

et H. PIÉRON,
Directeur du laboratoire de psychologie physiologique
à la Sorbonne,
Assistant du Centre neuro-psychiatrique de la 16e région.

Lorsqu'un obus de gros calibre éclate près d'un homme, qui est généralement projeté à distance et souvent enseveli, il se produit presque toujours chez cet homme des troubles neuropsychiques pouvant être légers, transitoires, et rester compatibles avec la continuation du service, ou atteignant au contraire une intensité et une durée telles que l'évacuation est rendue nécessaire.

Deux facteurs sont susceptibles d'intervenir pour provoquer ces troubles : le choc physique dû à l'ébranlement qu'entraîne une variation brusque de pression, ou le choc moral constitué par l'émotion violente que peut subir le commotionné.

Lorsque nous avons mis en évidence le « syndrome commotionnel », nous avons rangé dans ce même groupe les deux sortes de traumatismes, le trauma-

©BIUM

tisme aérien, mécanique, et le traumatisme nerveux, moral, ainsi d'ailleurs que le traumatisme direct par projectile. Mais nous avons distingué les facteurs pathogènes et montré quelque différence dans les divers ordres de troubles voisins. L'examen d'un nombre beaucoup plus grand de cas (plus de 300) nous permet, au bout de dix-huit mois, de revenir sur cette question et de préciser les rapports et les différences du syndrome commotionnel proprement dit et de ce que nous appellerons le syndrome émotionnel (1). Mais, au préalable, voyons ce que les auteurs qui ont étudié les troubles commotionnels et dont certains ont « retrouvé » après nous notre syndrome, ont pensé du rôle possible de l'émotion ou de l'ébranlement mécanique dans la genèse des troubles constatés.

*
* *

Grasset, envisageant les psychonévroses de guerre en avril 1915, distingue des psychonévroses sensitivo-motrices, sensorio-motrices, émotionnelles, et enfin mentales, avec début précoce ou tardif ; il note le rôle de la commotion dans leur genèse, mais sans préciser l'action possible de l'ébranlement mécanique et de l'émotion (2).

Régis, s'en prenant aux troubles psychiques et neuro-psychiques de guerre, insiste sur leur parenté avec les psychoses d'intoxication et sur la prédisposition émo-

(1) Cette expression a déjà été employée par divers auteurs mais sans qu'une signification précise lui ait été donnée. C'est ainsi que Laignel-Lavastine et Courbon ont parlé de « syndrome émotionnel » à propos de simples troubles de la marche (Troubles de la marche consécutifs aux émotions et commotions de la guerre. *Paris Médical*, 2 septembre 1916, n° 36, p. 194-203).

(2) Grasset. Les psychonévroses de guerre. *Presse Médicale*, 1er avril 1915, p. 105-106.

©BIUM

tive, en admettant le traumatisme physique à côté du traumatisme émotionnel (1).

Mairet et Piéron établissent, au contraire, l'unité des troubles neuro-psychiques constituant ce qu'ils proposent d'appeler le syndrome commotionnel, et distinguent, dans le tableau clinique, trois variétés, correspondant aux commotions aériennes proprement dites, aux chocs émotionnels, et enfin aux traumatismes directs (2). Dans les troubles émotionnels, « on note davantage les manifestations de l'affectivité (peur, inquiétude) avec leur répercussion imaginative (cauchemars, hallucinations terrifiantes), des amnésies lacunaires et des troubles de fixation particulièrement accentués, et de moindres perturbations évocatrices (peu d'amnésie rétrograde) et sensorielles ».

Spillmann reprend la distinction des psychonévroses

---

(1) Régis. Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre. *Presse Médicale*, n° 25, 27 mai 1915, p. 177-179.

Nous suivons dans ce bref résumé historique l'ordre chronologique. La première en date des études sur les troubles commotionnels est celle de Roussy (« A propos de quelques troubles nerveux observés à l'occasion de la guerre. » *Presse Médicale*, 8 avril 1915), p. 115, qui concerne des catégories juxtaposées d'accidents divers, mais sans effort de systématisation et de synthèse.

(2) A. Mairet et H. Piéron. Le syndrome commotionnel dans les traumatismes de guerre. Extrait du *Bull. Acad. méd.*, séance des 1er, 15 et 22 juin 1916.

En ce qui concerne les troubles d'origine traumatique, nous avons eu occasion d'y revenir, pour montrer que les traumatisés cranio-cérébraux présentaient bien un ensemble symptomatique relevant du « syndrome commotionnel », expression plus exacte que celle de « syndrome atopique », proposée par Grasset.

Cf. A. Mairet et H. Piéron. De la différenciation des symptômes « commotionnels » et des symptômes « atopiques » dans les traumatismes cranio-cérébraux. *Montpellier médical*. XXXIX, 6, 1er septembre 1916. p. 174-183.

L'expression de « syndrome commotionnel » est employée par Fr. Moutier (Recherches sur les troubles labyrinthiques chez les commotionnés et blessés du crâne. *Rev. neurologique*, juillet 1916, p. 9-15), pour caractériser les symptômes que Grasset appelle « atopiques », ce syndrome ayant été précisé, dit Moutier, dans le rapport de son maître, Pierre Marie.

©BIUM

sensorio-motrices et des psycho-névroses émotionnelles, mais montre que toutes transitions se trouvent entre les lésions commotionnelles mortelles et des atteintes plus légères et rapidement curables (1).

Sollier et Chartier, envisageant la commotion par explosifs, énumèrent aussi, comme constituant un ensemble clinique, les troubles nerveux et, sans y insister, les troubles psychiques, engendrés par la commotion, dont ils admettent l'action traumatique directe, déclarant que les névroses émotionnelles se montrent toutes différentes (2).

Chavigny relève des séries de troubles appartenant au syndrome commotionnel, sans en faire la synthèse, mais en donnant au choc émotif le rôle essentiel (3).

Guillain, après avoir signalé des cas isolés à prédominance d'un trouble bien défini (crises convulsives, accidents paralytiques, surdi-mutités, etc.), met, lui aussi, en évidence, un syndrome neuro-psychique complexe (4), dans lequel on rencontre les mêmes éléments que ceux mis en évidence par Mairet et Piéron, puis par Sollier et Chartier.

Dupouy montre des sujets atteints de troubles commotionnels, chez lesquels on retrouve le syndrome complexe qu'il tend aussi à dégager (5).

A l'étranger, on remarque également cette nature complexe des troubles commotionnels, en particulier

(1) L. Spillmann. Psychoses et psychonévroses de guerre. *C. R. Soc. méd. Nancy*, 28 juillet 1915.

(2) Paul Sollier et M. Chartier. La commotion par explosifs et ses conséquences sur le système nerveux. *Paris Médical*, 23 octobre 1915, p. 406-412.

(3) P. Chavigny. Psychiatrie aux armées. *Paris Médical*, 23 octobre 1915, p. 415-423.

(4) Georges Guillain. Un syndrome consécutif à l'éclatement de gros projectiles sans plaie extérieure. Réunion médicale de la VIe armée, 4 novembre 1916. *Presse Médicale*, 1916, 6, p. 46.

(5) Roger Dupouy. Notes sur les commotions cérébro-médullaires

©BIUM

Forsyth en Angleterre (1) et Wyroubow en Russie (2), qui admet un mélange de phénomènes physiques et de phénomènes émotionnels.

Mais Gilbert Ballet et de Fursac cherchent à montrer que le « syndrome commotionnel » de Mairet et Piéron se trouve au complet chez des émotionnés purs, et que, dès lors, il n'y a pas lieu de conserver la distinction entre les commotions d'obus et les commotions par choc émotionnel. « L'état commotionnel, disent-ils, n'est qu'une émotion-choc intensifiée et fixée (3) ».

Lépine, au contraire, affirme l'action pathogène propre de la commotion, distincte de l'émotion (4).

Tout récemment, Bonhomme et Nordman, en revenant sur les caractères cliniques du syndrome commotionnel, contestent l'interprétation de G. Ballet et de Fursac, concluant : « Nos constatations nous ont paru constituer une nouvelle présomption en faveur de la réalité clinique de la commotion cérébro-spinale, discutée par plusieurs auteurs (5) ».

Enfin l'existence clinique du syndrome commotionnel proprement dit s'est affirmée avec évidence au cours de la discussion du rapport de Cl. Vincent à la séance d'avril-mai 1916 de la Société de Neurologie, « sur les

---

laires par l'explosion d'obus sans plaie extérieure. *Bull. Soc. méd. des hôp.*, 29 octobre 1915, p. 926. — Commotion cérebro-médullaire par éclatement rapproché. Réunion médico-chirurgicale de la 5e Armée, décembre 1915. Cf. *Presse Médicale*, 3 février 1916, p. 52.

(1) David Forsyth. *The Lancet*, 25 décembre 1915, p. 1399.

(2) W. A. Wyroubow. *Psychonévroses traumatiques*, Moscou, 1915 [en russe].

(3) Gilbert Ballet et J. Rogues de Fursac. Les psychoses « commotionnelles » (psychoses par commotion nerveuse ou choc émotif). *Paris Médical*, 1er janvier 1916, p. 2-8.

(4) J. Lépine. La commotion des centres nerveux par explosion. *Bull. Acad. de Médecine*, 4 juillet 1916, p. 9-11.

(5) Bonhomme et Nordman. Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale. Société médico-psychologique du 17 juillet 1916. *Ann. méd.-psychol.*, octobre 1916, p. 530-540.

©BIUM

accidents nerveux déterminés par la déflagration de fortes charges d'explosifs » (1).

Vincent y distinguait les phénomènes émotionnels, les phénomènes commotionnels, et les phénomènes mentaux, cette dernière distinction n'étant guère justifiée, comme le notait Georges Dumas, étant donné qu'il existe des phénomènes mentaux dans tous les cas de grandes émotions ou commotions. Mais Dumas paraît porté à envisager comme unique l'ensemble des troubles émotionnels et commotionnels et comme prédominante la pathogénie affective. Roussy et Boisseau déclarent également qu'on ne peut faire trois hommes différents de l'émotionné, du commotionné et du mental, et Dupré précise en déclarant que le processus normal est le suivant : Commotion → émotion → suggestion → exagération → simulation → revendication. Claude, en revanche, relatant un ensemble clinique, qui est bien toujours celui du syndrome commotionnel, pense à une atteinte traumatique avec lésions fréquentes (2). Leroy retrace un tableau dans lequel il insiste surtout sur les phénomènes mentaux sans préciser la genèse, tandis que du Roselle et Oberthür, distinguant les commotions vraies des chocs émotionnels, ne font rentrer dans les premières que les cas où il y a des signes nets d'une lésion organique.

---

(1) Cl. Vincent. *Revue neurologique*, avril-mai 1916, p. 573 sq.

(2) Ultérieurement, Claude, avec ses collaborateurs Dide et Lejonne, a envisagé les troubles psychiques émotionnels, relatant cinq observations de types divers, qu'il considère comme relevant de psychoses hystériques. Et, à cette occasion se trouve exprimée l'idée que l'hystérie est d'origine affective fréquente, mais avec une prédisposition nécessaire. « L'état mental constitutionnel est donc indispensable pour créer la psychose... Sur un terrain constitutionnel spécial, l'émotion crée la psychose hystérique, et la crainte du retour au danger l'entretient. » (H. Claude, M. Dide, et P. Lejonne. Psychoses hystéro-émotives de la guerre. *Paris Médical*, 2 septembre 1916, n° 36, p. 181-185.)

©BIUM

En résumé, un grand nombre d'auteurs considèrent tous les troubles provoqués par les commotions — et ne relevant pas d'une lésion organique manifeste — comme d'origine affective — certains identifiant même émotion et pithiatisme — tandis qu'un grand nombre aussi envisagent comme réelle l'action pathogène directe de l'ébranlement commotionnel. Quelques-uns seulement admettent la dualité des mécanismes, comme Sollier et Chartier, mais sans préciser les différences qui permettraient, dans l'ensemble symptomatique, de distinguer les troubles relevant des deux sortes d'actions causales.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur la question même de la dualité pathogène, qui nous paraît à l'heure actuelle incontestablement résolue. L'existence de commotionnés, à syndrome typique, ayant perdu connaissance sur-le-champ, et ayant toujours absolument ignoré l'existence même de leur commotion, avec des signes d'une atteinte organique plus ou moins profonde (en particulier avec une hyperalbuminose tenace du liquide céphalo-rachidien), et d'autre part la présence du syndrome commotionnel chez les traumatisés cranio-céphaliques, chez des trépanés, suffisent pour permettre d'affirmer que le syndrome peut être engendré par l'ébranlement, le traumatisme mécanique, avec troubles labyrinthiques fréquents.

Mais il n'en est pas moins vrai que les émotions vives sont aussi susceptibles de réaliser un ensemble de troubles voisins, et, par suite, il y a lieu de déterminer si syndrome commotionnel et syndrome émotionnel sont identiques ou différents. Voyons donc ce qui constitue le syndrome émotionnel typique.

*
* *

Pour déterminer l'ensemble des troubles proprement

©BIUM

émotionnels, examinons un cas où il n'existe pas, à coup sûr, de phénomènes traumatiques, de commotion. En voici un, dans lequel le déclanchement des troubles fut provoqué par le simple passage d'une balle au ras de la tête.

Bl..., trente et un ans, faisait au front le ravitaillement en munitions, portant des obus. Un soir, vers 22 heures, une balle le frôle, à la partie gauche du visage, il en sent le vent passer. Cela lui occasionne une vive émotion, mais il continue son service. Au bout de deux heures, une fois descendu dans son abri, brusquement il s'évanouit. Revenu à lui, il présente une crise de délire hallucinatoire. Il se croit au milieu des Allemands, cherche à leur échapper, ne veut pas manger, et reste dans un état de perpétuelle terreur. Peu à peu, au bout d'une quinzaine de jours, les manifestations aiguës s'amendent, laissant une émotivité très grande, des troubles du sommeil, une diminution de l'audition, et l'impression subjective d'un grand vent passant sur son oreille gauche (réminiscence hallucinatoire du vent de la balle). Au bout de quelques mois, l'équilibre n'est pas encore complètement rétabli : on constate une grande émotivité avec peurs faciles, des céphalées, des cauchemars avec agitation nocturne fréquente, de l'amnésie de fixation, une grande paresse intellectuelle avec lenteur d'évocation, fatigue rapide, s'accompagnant d'éblouissements, de céphalées paroxystiques, et d'embrouillement mental. Les souvenirs anciens sont conservés, sauf une lacune correspondant à la période délirante initiale. On ne note, comme stigmates névropathiques, que des points douloureux, avec sensation d'étouffement vite provoquée par leur compression. On ne trouve aucun antécédent héréditaire ou personnel. Une guérison à peu près complète est obtenue en six mois.

Qu'est-ce qui caractérise cette observation ?

Tout d'abord un retard dans l'apparition des accidents sur le choc émotionnel causé par le passage de la balle. Puis, une phase de délire de peur à caractère onirique, avec hallucinations, durant lequel Bl... se croit au milieu des Allemands, et dont il ne garde pas

©BIUM

le souvenir (amnésie lacunaire). Ensuite, un état de peur continuelle avec insomnies et cauchemars, des céphalées, et, au point de vue intellectuel, une amnésie de fixation notable, avec paresse mentale, lenteur dans les processus associatifs, embrouillement facile et fatigabilité très rapide ; mais, en dehors de la lacune correspondant au délire, pas de perte des souvenirs anciens. Quant aux stigmates permanents, ils se résument en des points douloureux.

Ces caractères, nous les retrouvons chez les émotionnés purs, ou du moins n'ayant subi qu'un ébranlement commotionnel léger, que nous avons observés, de sorte qu'ils constituent le noyau véritable du syndrome émotionnel (42 cas) (1).

L'hyperémotivité tenace se traduisant sous forme d'inquiétude, de peur allant parfois jusqu'à l'angoisse et à la terreur, est la règle.

Dans 21 cas, c'est-à-dire dans 50 p. 100 de nos observations, elle s'est accompagnée au début d'un délire hallucinatoire à forme onirique d'une durée variable (2), allant de quelques heures à plusieurs

---

(1) Voici comment se répartissent ces émotionnés au point de vue de l'âge : 8 de vingt à vingt-cinq ans ; 7 de vingt-six à trente ans ; 10 de trente et un à trente-cinq ans ; 8 de trente-six à quarante ans ; 5 de quarante et un à quarante-cinq ans ; et 4 de quarante-six à cinquante ans. Au point de vue de l'émotion en jeu, il s'est agi, dans 27 cas, de l'explosion proche d'un obus ou d'une bombe, une fois d'une explosion de mine, cinq fois d'un bombardement intense, six fois d'attaques brusques et vives et de morts proches, une fois d'un combat naval, une fois du passage très proche d'une balle, une fois d'une morsure de chien enragé. En outre, deux de ceux qui furent effrayés par éclatement d'obus eurent une seconde émotion ultérieure, l'un par l'obligation d'enterrer des cadavres, l'autre par celle de commander un peloton d'exécution. Enfin, un autre des émotionnés par éclatement d'obus avait été antérieurement commotionné.

(2) Cette période délirante correspond à une phase de « confusion mentale », telle que la définit Chaslin (*Ann. méd.-psychol.*, 1914-16, n° 3, p. 276-289 et n° 4, p. 413-430). Mais il n'en est

©BIUM

semaines. Généralement continu avec des périodes de calme relatif, ce délire disparaît progressivement, mais revient quelquefois par crises d'une durée plus ou moins longue. Deux fois, les hallucinations se rencontrèrent sans délire et, en revanche, deux fois nous notâmes une période délirante sans hallucinations. Quand le délire a cessé, l'hyperémotivité persiste (32 fois), avec tachycardie facilement provoquée, et troubles du sommeil : insomnies (12 fois), cauchemars (36 fois) et agitation nocturne, provoquant des réveils en sursaut et un état de peur, sans que le souvenir du rêve soit toujours conservé. Il y a parfois un état de dépression persistant (12 cas), ou de la surexcitation (3 cas) ; des obsessions peuvent compliquer l'inquiétude (8 cas).

Le malade accuse alors des céphalées qu'exacerbe l'effort mental (33 fois), et, d'une manière constante, on constate une difficulté de fixation de l'attention, une fatigue cérébrale très rapide, une lenteur considérable des évocations, un embrouillement mental s'accompagnant d'une exagération des céphalées et parfois d'éblouissements et de vertiges ; dans 26 cas, nous remarquons une amnésie de fixation notable, tandis que l'amnésie d'évocation est rare : elle a existé seulement 3 fois d'une manière nette et 3 fois d'une manière légère, en éliminant bien entendu l'amnésie lacunaire correspondant à la période délirante.

A côté de ces éléments constitutifs du syndrome émotionnel, on peut en rencontrer d'autres relevant du domaine de la sensibilité et de la motricité, mais ces éléments sont ordinairement peu intenses.

Dans le domaine de la sensibilité on constate quel-

---

pas complètement ainsi de l'ensemble du « syndrome émotionnel » persistant, dans lequel il y a hyperémotivité, sans désorientation ni incohérence, avec seulement un peu d'embrouillement par fatigue rapide.

©BIUM

quefois l'ensemble des stigmates permanents de l'hystéro-traumatisme (11 fois) ; dans 6 cas, il n'y avait guère qu'un peu de rétrécissement du champ visuel ; dans 16 autres des points douloureux seulement et dans les 9 autres rien. D'une manière générale, les émotionnés sont plutôt des hyperesthésiques, en ce sens du moins que leurs réactions sont très vives pour des excitations très faiblement douloureuses. Chez 2 de nos sujets, il y a eu de la surdité et 6 ont accusé des sensations subjectives de l'ouïe, bourdonnements, sifflements, etc. Six ont présenté des éblouissements.

Dans 15 cas, les malades accusaient des phénomènes vertigineux plus ou moins marqués.

Dans le domaine de la motricité, on note 11 fois des tremblements, 7 fois des crises convulsives, 5 fois des crises de pleurs, 2 fois du bégaiement, 1 fois une chorée typique et 1 fois seulement de la mutité.

Enfin, disons, en terminant, que dans la très grande majorité des cas, sinon dans tous, nous avons retrouvé le retard existant chez Bl... entre le moment du choc et l'apparition des accidents. Ce retard peut varier entre plusieurs minutes et quelques jours.

Quoi qu'il en soit de leur fréquence plus ou moins grande, les derniers symptômes ne font pas partie de la constitution fondamentale du syndrome émotionnel, dont les éléments essentiels consistent, nous le rappelons brièvement, en :

1° Une hyperémotivité à forme d'inquiétude et de peur avec, au début, un délire hallucinatoire à caractère onirique et, plus tard, quand celui-ci a disparu, avec persistance de cauchemars ;

2° Une fatigabilité cérébrale avec aprosexie, amnésie de fixation, lenteur dans l'évocation volontaire et embrouillement facile ;

3° Des céphalées qu'exaspère l'effort mental.

©BIUM

*
* *

Le syndrome émotionnel nous étant connu, comparons-le maintenant au syndrome commotionnel et voyons si réellement, comme nous le pensons, il doit en être distingué. Pour cela, envisageons le cas concret d'un commotionné-type moyennement atteint.

Vid..., trente-huit ans, a été projeté, le 4 juillet 1915, par l'éclatement d'un obus; il a été ramassé, ayant perdu connaissance. On a noté au début de la « surdité-mutité avec stupeur, troubles catatoniques ».

Examiné le 21 juillet, il se présente avec une physionomie atone, inerte, indifférente. Il est sourd et muet, mais comprend l'écriture, et peut lui-même écrire quelques mots. On constate qu'il est très long à comprendre les questions les plus simples et s'engourdit parfois en écrivant un oui ou un non, si on ne le stimule pas. La mémoire est très atteinte, et il ne sait pas le nom de ses enfants ni son propre prénom. Il ne sait où il est et ne s'en préoccupe point. Son inertie est telle que, si on ne le déshabille pas, il couche avec ses vêtements.

La langue est contracturée et ne peut être sortie de la bouche. Il n'y a pas de points douloureux névropathiques. On note une hypoesthésie tactile et une hypoalgésie généralisées, une anosmie droite avec hyposmie gauche; la vision est très diminuée aux deux yeux par « commotion de la rétine » suivant l'expression des ophtalmologistes et les réactions pupillaires sont paresseuses.

Peu à peu, l'inertie diminue et les souvenirs anciens reviennent; la parole est récupérée vite, la surdité rétrocède, les troubles rétiniens s'effacent. On note quelques cauchemars, des céphalées souvent très vives, des vertiges, de l'amnésie de fixation, qui s'atténue progressivement, après avoir été considérable (un mot n'étant pas retenu plus de quinze à vingt secondes). L'indifférence affective (vis-à-vis de sa famille en particulier) persista longtemps, mais avec irritabilité facile et réactions coléreuses. La guérison à peu près complète est obtenue en quatre mois.

Si l'on compare le tableau clinique de l'émotionné-

©BIUM

type avec cette observation, on ne peut pas ne pas être frappé de certains contrastes : ici, indifférence affective et réactions coléreuses faciles, là, hyperémotivité avec peur; ici, amnésie rétrograde considérable, là, conservation complète des souvenirs anciens; ici, troubles étendus des diverses formes de sensibilité par diminution, là, simple hyperalgésie partielle sous forme de points douloureux névropathiques; ici, inertie mentale complète, incapacité d'effort, là, efforts réels, mais aboutissant difficilement, entraînant de la fatigue et de la confusion.

L'un est un inerte, un diminué; l'autre est un inquiet (1), un impuissant. A l'un, le ressort manque, comme détendu; à l'autre, le ressort accroche, comme encrassé (2).

En outre, d'une manière générale, le commotionné vrai est frappé d'inhibition immédiatement par le fait même de la commotion; il y a une sorte de coma initial, un arrêt absolu, au début, du fonctionnement cérébral, et, quand celui-ci reprend un peu, il reste très diminué et très incomplet; au contraire, il arrive le plus fréquemment que l'émotionné ne voit apparaître les troubles du fonctionnement cérébral qu'après un certain retard, que la différence pathogénique permet d'expliquer, comme nous le verrons bientôt.

---

(1) L'émotionné peut paraître désorienté, non pas parce qu'il ne pense à rien, comme le commotionné, mais parce qu'il pense toujours à la même chose; il paraît distrait parce qu'il est absorbé par son inquiétude, par sa peur, guettant au loin en quelque sorte.

(2) Villaret et Mignard, cherchant à différencier le « syndrome psychique atopique » du « syndrome commotionnel », veulent faire du commotionné un confus, tandis que le traumatisé cranio-cérébral serait un inerte. En réalité, c'est l'émotionné qui est un confus, le commotionné est justement bien un inerte. (M. Villaret et M. Mignard. Le syndrome psychique résiduel des traumatismes cranio-cérébraux de la guerre. *Paris Médical*, 2 septembre 1916, n° 36, p. 209-214.)

©BIUM

Ainsi, malgré les ressemblances évidentes qu'il peut y avoir entre un fonctionnement inhibé et un fonctionnement perturbé, syndrome commotionnel et syndrome émotionnel se différencient nettement. Chacun d'eux a son autonomie.

Pourquoi donc a-t-on eu tant de tendance à les rapprocher et les confondre ?

Parce que la plupart des émotionnés le sont par éclatement d'obus et ont été considérés dès lors comme des commotionnés, alors qu'ils ne se distinguent pas notablement d'autres émotionnés pour lesquels la nature du facteur affectif permet d'éliminer toute possibilité de commotion.

Parce que, dans la pratique, les cas purs sont rares, qu'on n'observe guère de commotionnés-types chez lesquels il n'y a pas eu une réaction émotionnelle surajoutée ; et que les émotionnés par éclatement d'obus ne laissent pas de subir un ébranlement commotionnel qui intervient dans la pathogénie. A côté des commotionnés et des émotionnés-types, on a, la plupart du temps, affaire à des commotionnés-émotionnés, chez lesquels on note à la fois de l'émotivité, de la peur, indice de l'émotion anaphylactisante, et de la fatigabilité, mais aussi des amnésies rétrogrades, des hypoesthésies, et des perturbations labyrinthiques qui sont comme la signature de l'ébranlement commotionnel.

La sidération traumatique se mêle la plupart du temps à l'embrouillement affectif, et donne des cas complexes qui ont permis, en particulier à G. Ballet et Rogues de Fursac, d'affirmer que tous les commotionnés n'étaient tels que parce qu'ils étaient émotionnés, alors qu'il existe bien un double mécanisme pathogène incontestable sur lequel il y a lieu d'insister.

©BIUM

* * *

L'action nocive de la commotion a été rendue évidente par les cas, déjà nombreux, de morts avec autopsie, qui ont démontré que, sans blessure extérieure, par simple traumatisme aérien (succession de surpressions et de dépressions violentes) par vent d'obus ou par explosion, il se produisait des hémorragies en diverses parties de l'organisme, telles que la vessie, les poumons, les méninges et les centres nerveux eux-mêmes, moelle, bulbe, cerveau.

Il y a donc des troubles vasculaires qui peuvent être causés par le traumatisme aérien (1); de petites hémorragies discrètes, des processus d'irritation méningée, dont témoigne l'hyperalbuminose persistante du liquide céphalo-rachidien, doivent se produire chez nos grands commotionnés (2), si gravement atteints dans leur fonctionnement cérébral, mais aussi dans leur fonctionnement spinal, bien qu'il n'y ait pas de grosses lésions destructrices et irréductibles.

Mais l'ébranlement commotionnel ne limite pas là ses effets; il doit atteindre directement la cellule nerveuse dont il trouble le métabolisme et par suite le fonctionnement. C'est du moins ce que semble démontrer la sidération fonctionnelle qui en est la suite et qui se traduit par la stupeur initiale de cette cellule, par le coma. Ce n'est que peu à peu que l'activité cellulaire

---

(1) J. Lépine envisage seulement ce mécanisme vasculaire dans la production des troubles organiques caractérisant la commotion (*loc. cit.*).

(2) Voici l'indication des taux d'albumine du liquide céphalo-rachidien chez quinze commotionnés graves non blessés, au bout de plusieurs mois : 0 gr. 35 (1 cas); 0 gr. 38 (1); 0 gr. 40 (1); 0 gr. 45 (1); 0 gr. 50 (3); 0 gr. 55 (1); 0 gr. 60 (1); 0 gr. 65 (1); 0 gr. 70 (1); 0 gr. 80 (2); 1 gr. 20 (1); et 1 gr. 40 (1).

©BIUM

reprend, dans la mesure où il ne s'est pas produit une atteinte trop grave. D'ailleurs l'étude du choc nerveux (1) parle nettement en faveur de ce processus.

Il est bien certain que le mécanisme ne peut pas valoir dans le cas de choc purement émotionnel, de choc moral.

L'émotion agit bien par elle-même et engendre l'ensemble clinique que nous venons de décrire sous le nom de syndrome émotionnel, avec phase délirante hallucinatoire fréquente, mais passagère, sans accidents tapageurs, sans paralysies, sans cécités ou surdités, sans mutismes, sauf quand il se produit une perturbation commotionnelle connexe susceptible de provoquer de tels accidents.

Mais on objectera que les perturbations pathologiques engendrées par les émotions, sont des plus diverses et n'ont rien de caractéristique ; des troubles mentaux quelconques peuvent apparaître, et aussi toute la série des accidents pithiatiques.

A cet égard, il y a lieu de distinguer ce que peut réaliser l'émotion-choc à caractère pathogène spécifique chez un individu sain sans prédisposition notable (2) — et c'est ce que nous appelons le syndrome émotionnel — et ce que peuvent déclancher des émotions, soit brusques et vives, soit peu intenses, mais répétées, comme causes

---

(1) H. Roger. Le choc nerveux. *Presse Médicale*, 20 novembre 1916, p. 515-516.

(2) Il faut dire : sans prédisposition antérieure à la guerre ; car il est indéniable que la vie du front, avec le surmenage nerveux qu'elle provoque dans certains cas, avec ses fatigues et ses émotions répétées, crée un terrain sur lequel l'émotion-choc pourra faire éclore, à un moment donné, des troubles aigus. Etre effleuré par une balle ne suffirait pas, chez un individu tout à fait normal, pour engendrer le syndrome émotionnel, comme cela s'est produit dans notre observation-type.

Nous avons déjà signalé cette préparation du terrain dans notre travail sur le *Syndrome commotionnel* (p. 25).

©BIUM

purement occasionnelles, sur un terrain à forte prédisposition.

On trouve, en effet, à la suite d'émotions, des délires d'inquiétude persistants, avec idées de persécution, dans lesquels les hallucinations sont rares, et font même en général défaut, délires d'interprétation surtout, qui se rencontrent chez des prédisposés, chez des débiles le plus souvent, mais qui sont curables à plus ou moins longue échéance. Ce sont des pseudo-délires de persécution, dont la guérison a pu faire croire à la curabilité facile de la « folie des persécutions », par suite d'une confusion clinique de ces deux catégories bien distinctes d'accidents mentaux. Il peut arriver d'ailleurs que ces troubles délirants se déclanchent à la suite d'une phase répondant au syndrome émotionnel, mais ils ne font pas partie de ce syndrome, qui ne comprend qu'une période délirante hallucinatoire à caractère onirique (1).

On voit souvent apparaître aussi des accidents isolés, qui ne s'accompagnent d'aucune autre manifestation pathologique, mutisme, paralysie, tremblements, surdité, cécité etc. (2), accidents survenant brusquement,

---

(1) L'émotion violente peut engendrer un ensemble clinique de troubles représentant un état confusionnel par auto-intoxication probable ; elle peut engendrer, à côté ou en dehors de cet ensemble, d'autres accidents. Nous avons, par exemple, signalé, dans nos cas, une chorée typique qui accompagnait un syndrome émotionnel assez complet.

(2) Parfois, il peut s'agir de persistance d'un phénomène d'expression de l'émotion, comme l'a signalé Gilbert Ballet pour les tremblements. (Note sur la relation des tremblements et des états émotionnels. Le tremblement envisagé en tant qu'expression mimique de la frayeur. *Rev. neurologique*, 1915, XXII, 23-24, p. 934-936.) Mais il faut se rappeler qu'il y a des tremblements commotionnels liés à des perturbations des centres nerveux et des tremblements provoqués par les émotions et simplement liés à une hyperémotivité. (Cf. H. Meige. Les tremblements consécutifs aux explosions ; tremblement, tressaillement, trémophobie.

©BIUM

mais généralement avec un retard notable, après une émotion, et susceptibles de disparaître brusquement par une psychothérapie suggestive. Ce sont ces accidents qui relèvent d'une pathogénie elle-même suggestive, sur terrain « pithiatique ». Ce sont des accidents « psychiques » qu'il ne faut pas confondre avec les accidents, semblables en apparence, mais plus profonds, des commotionnés. Le mutisme émotionnel pithiatique

---

Rev. neurologique, 1916, XXIII, p. 201-209.) Certains bruits subjectifs seraient liés à des représentations mentales, mais peut-être la représentation mentale ne fait que donner une forme définie à une sensation provoquée par irritation des voies acoustiques, comme le « psiiii boum » ou onomatopée de l'obus dont a parlé Gilbert Ballet, et le bruit de sonnerie du garçon de café émotionné, de Laignel-Lavastine. (Cf. Gilbert Ballet. Bourdonnements d'oreilles, dus à un phénomène de représentation mentale. Société de Neurologie du 1er juillet 1916. *Rev. neurologique*, XXII, 20-21, 707. — Laignel-Lavastine et P. Courbon. Stéréotypies de la marche, de l'attitude et de la mimique avec représentation mentale professionnelle de l'ouïe, consécutives aux émotions du champ de bataille. *Ann. méd.-psychol.*, octobre 1916, p. 498-505.)

On doit noter que tous les auteurs n'admettent pas l'origine pithiatique de certains accidents isolés, et veulent y voir une perturbation plus profonde d'origine émotionnelle, comme l'aphonie hystérique décrite par Régis et Hesnard, à la suite d'un rêve effrayant. (*Journ. de psychol.*, 1913, X, 3, 177-197.) C'est la question de l'hystérie, au sens ancien, engendrée par l'émotion, comme l'admettent Claude, Dide et Lejonne (*loc. cit.*). De fait, il paraît y avoir des surdi-mutités passagères chez les grands émotionnés par commotion, mais on peut se demander si cela ne tient pas à un mélange de phénomènes traumatiques et de phénomènes affectifs. En tout cas, Roussy et Boisseau ont très bien décrit trois types de sourds-muets correspondant à l'émotionné, au commotionné vrai, et au pithiatique. « Premier type. Facies et mimique exprimant la terreur ; les yeux sont hagards, l'anxiété extrême. Le sujet a perdu tout contact avec le monde extérieur, il est confus et délirant. — Deuxième type. Facies impassible, indifférent, hébété. L'apathie est absolue, le malade reste immobile dans son lit, ou assis sur une chaise, sans se préoccuper en rien de ce qui l'entoure. Il rappelle la confusion mentale à forme stupide. — Troisième type. Enfin, souvent la mimique est expressive, le malade gesticule, montre ses oreilles, demande à écrire, il est comme bavard de ses gestes. C'est ce dernier malade qui cède le plus rapidement à la psychothérapie. » (G. Roussy et J. Boisseau. Les accidents nerveux déterminés par la déflagration des explosifs. *Paris Médical*, 2 septembre 1916, n° 36, p. 185-190.)

©BIUM

peut aussi bien durer indéfiniment que guérir tout d'un coup, alors que le mutisme commotionnel rétrocède progressivement ; il en est de même de toute autre paralysie, de la cécité, de la surdité, etc. Chez le commotionné, ces troubles relèvent d'une atteinte réelle des centres nerveux avec rétrocession progressive ; chez l'émotionné suggestionné, ils relèvent d'une idée, d'un processus d'inhibition associative, susceptibles de rester tels sans modification ou de cesser un beau jour entièrement.

Les accidents psychiques relevant d'un mécanisme mental n'appartiennent pas au syndrome émotionnel, mais peuvent parfois compliquer celui-ci et s'y surajouter. Pour Georges Dumas, l'état émotionnel primitif serait même nécessaire pour que puisse se produire — quand il ne s'agit pas d'individus ayant toujours eu le caractère pithiatique — l'accident particulier d'origine auto-suggestive.

Quoi qu'il en soit de ce point, en tout cas le syndrome émotionnel, provoqué par le « choc » affectif, ne relève pas d'un mécanisme pithiatique, justement parce qu'il ne comporte aucun accident théâtral tel qu'en réalise l'auto-suggestion. Cette hyperémotivité, cette fatigue mentale, cet embrouillement facile, ces cauchemars, et, au début, ces hallucinations, qu'on rencontre dans les traumatismes émotionnels, répondent à une perturbation réelle et profonde du fonctionnement cérébral.

Comment se réalise cette perturbation, et pourquoi est-elle souvent tardive ?

C'est ce que la physiologie du choc émotif permet d'expliquer. L'émotion entraîne une véritable décharge d'influx nerveux qui, suivant la conception très juste de Lapicque, déborde des voies normales adaptées pour les réponses usuelles et les réflexes utilitaires. Cette décharge déborde en particulier dans le domaine du

©BIUM

pneumogastrique et du sympathique (1), agissant aussi bien sur les voies excitatrices que sur les voies inhibitrices, d'où, suivant la prédominance de l'un ou l'autre système, des phénomènes d'excitation — spasmes, tachycardie (2), polypnée, sécrétions exagérées, exaltation du péristaltisme intestinal avec diarrhée — ou des phénomènes d'inhibition — relâchements sphinctériens, syncope, arrêt respiratoire, suppression brusque des phénomènes digestifs (sécrétions gastriques, mouvements de l'estomac), etc. Fréquemment les effets d'excitation succèdent aux effets inhibiteurs par suite d'une fatigue du premier système.

Mais, parmi ces actions sympathiques désordonnées, il en est qui s'exercent sur les glandes à sécrétion interne, dont l'intervention, dans le mécanisme humoral du fonctionnement biologique, a besoin d'être particulièrement bien réglée.

Nous savons en particulier, d'après les expériences de Cannon sur le chat effrayé par les aboiements du chien, que l'émotion entraîne de l'hyperglycémie suivie de glycosurie (3), des phénomènes de constriction vas-

---

(1) Les émotionnés paraissent être plutôt des « sympathicotoniques » que des « vagotoniques », suivant la terminologie employée pour distinguer la prédominance des actions excitatrices ou frénatrices : c'est ainsi que le réflexe oculo-cardiaque — qui implique l'action frénatrice prédominante du vague — ne s'est montré positif que chez quatre des douze émotionnés chez qui il a été recherché ; dans cinq cas, il était nul, et dans trois cas, il était inverti (accélération cardiaque à la suite de la compression oculaire, par prédominance de l'action excitatrice du sympathique).

(2) Il existe des cas où la tachycardie resterait à l'état stable, en dehors même de nouvelles émotions, à la suite d'une perturbation affective. Dejerine et Gascuel en ont communiqué un cas à la Société de neurologie (Un cas de tachycardie permanente, d'origine émotive. *Rev. neurologique*, 1915, XXII, 15, 211-213.)

(3) Derrien a signalé, à propos des glycuries de guerre, la réalité de la glycosurie émotionnelle, à la séance du 16 décembre 1916 de la Réunion médico-chirurgicale de la XVI[e] région.

©BIUM

culaire, une accélération de la coagulation du sang, tous phénomènes liés à la présence d'une quantité appréciable d'adrénaline décelable dans la circulation, par suite d'une hypersécrétion des capsules surrénales (1), et telle qu'on en peut obtenir au moyen d'excitations électriques intenses des nerfs splanchniques.

Les diabètes émotifs persistants pourraient être dus à une lésion du pancréas par action toxique de l'adrénaline qui est en effet susceptible de léser cet organe.

Aussi, en dehors de la fatigue nerveuse causée par la décharge que provoque le choc émotif, y a-t-il des perturbations vasculaires d'une part, et toxiques de l'autre, dues à cette stimulation déréglée des glandes à sécrétion interne et en particulier des surrénales, mais non d'elles seules.

On a signalé (Alquier, Du Roselle et Obertnür) des cas de basedowisme émotionnel, des hyperthyroïdies accompagnant parfois une véritable « névrose vasomotrice », ce qui indique qu'à la suite des émotions-chocs, il doit y avoir trouble du fonctionnement thyroïdien et permet peut-être d'expliquer les tachycardies permanentes d'origine affective (2), et peut-être aussi

---

(1) Cf. les travaux de Cannon, avec ses collaborateurs, De La Paz, Mendenhall, Shohl et Wright, dans l'*American Journ. of Physiol.* de 1911 à 1914, t. XXVIII, p. 62; XXIX, p. 274 et 280; XXXIII, p. 356; XXXIV, p. 243, et p. 251.

Cannon prétend d'ailleurs donner des explications finalistes, rappelant un peu Bernardin de Saint-Pierre, de ces perturbations émotives : l'émotion provoquerait une hypersécrétion d'adrénaline afin de stimuler l'organisme et lui redonner du ton, étant donnée l'action névrosthénique de la sécrétion des surrénales : et l'accélération de la coagulation sanguine interviendrait pour rendre moins dangereuses les blessures dont l'organisme se trouve alors généralement menacé (l'émotion vive se produisant en cas de danger).

(2) C. Lian a publié trois cas de tachycardie permanente d'origine émotive (deux cas de renversement par éclatement d'obus, un cas de bombardement prolongé) qu'il attribue à des syndromes

©BIUM

certains tremblements continus. Debove a d'ailleurs admis la réalité des goitres provoqués par émotions (1).

Il faut ajouter enfin les perturbations du fonctionnement hépatique, celles de la sécrétion et de l'excrétion biliaire, et dont témoignent les ictères émotifs, connus depuis longtemps, et assez fréquents. Or, une atteinte aux fonctions du foie ouvre immédiatement la porte à des autointoxications qui peuvent être graves (2).

Et ces divers effets, tardifs parce qu'ils constituent une conséquence indirecte de la perturbation émotionnelle initiale, entraînent à leur suite les troubles fonctionnels des cellules nerveuses les plus fragiles, des cellules cérébrales, avec des symptômes très semblables à ceux que donnent d'une manière générale les intoxications (en particulier délire onirique, confusion facile, fatigabilité).

---

basedowiens frustes, se basant en particulier sur l'existence d'un maximum matutinal, que Gallavardin (*Arch. des mal. du cœur*, février 1916, p. 45-64) donne comme caractéristique justement de la tachycardie basedowienne. (Camille Lian. Les troubles cardiaques aux armées. *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux*, séance du 13 octobre 1916, nos 27-28, p. 1582-1600).

(1) Debove. Les goitres exophtalmiques. *Journal des Praticiens*, 11 mai 1912. On peut ajouter que Bérard a donné trois observations de maladies de Basedow typiques et qui sont nettement consécutives à des émotions de guerre intenses (La maladie de Basedow et la guerre. *Bull. Acad. de Médecine*, 28 novembre 1916, p. 428).

(2) B. Hesnard, peu avant la guerre, avait exposé, à propos d'observations de psychoses confusionnelles d'origine émotive (catastrophes navales) semblables à des psychoses d'intoxication et avec troubles nutritifs (rétention chlorurée sans lésion rénale), une conception pathogénique des troubles émotionnels, l'émotion-choc libérant des cytotoxines agissant sur le cerveau, mais déterminant, par action élective sur telle ou telle région (par inégale fragilité), des troubles différents. Les cytotoxines, d'après lui, pourraient être primitives (toxémie émotive de Bernheim) par trouble inconnu du métabolisme, ou secondaires, par inhibition émotive d'organes tels que le foie ou les reins, et perturbation de l'équilibre endocrine. (Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales; contribution à l'étude des psychonévroses émotives. *Rev. de Psychiatrie*, 1914, IV, p. 139-152.)

©BIUM

* * *

En résumé, nous voyons un syndrome émotionnel, syndrome d'autointoxication principalement, par trouble affectif des mécanismes humoraux, se constituant après une émotion-choc violente, syndrome distinct du syndrome commotionnel, par traumatisme aérien des centres nerveux, mais le compliquant souvent.

Sur cet ensemble clinique fondamental peut venir se greffer, chez des prédisposés, un délire d'inquiétude et d'interprétation plus ou moins tenace, délire susceptible d'apparaître d'ailleurs sous l'influence d'émotions répétées, sans qu'il y ait jamais eu à proprement parler de syndrome émotionnel (1).

Ce syndrome peut enfin se compliquer — en dehors des accidents proprement commotionnels qui peuvent lui être liés — de troubles définis (paralysies, mutités, etc.), réalisés par autosuggestion, de nature psychique, susceptibles de durer très longtemps ou de disparaître tout d'un coup, ces accidents pouvant survenir eux-mêmes sur terrain pithiatique, en dehors de tout syndrome émotionnel proprement dit.

La possibilité de ces intrications pathologiques relevant de mécanismes divers rend souvent les cas individuels réellement complexes.

---

(1) Les fatigues et les émotions répétées de la vie du front engendrent un état de dépression inquiète, très favorable à l'éclosion de troubles psychiques et d'idées délirantes : ce sont les « états anxieux », décrits par Raymond Mallet (Etats anxieux. *Réunion médicale de la IV^e^ armée* du 16 juin 1916. — Troubles d'origine émotive chez le combattant. *Ibid.*, 28 janvier 1916); ou les états neurasthéniques d'André Gilles (Etude sur certains cas de neurasthénie, et, à leur propos, sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu. *Ann. méd.-psychol.*, 1916, n^os^ 2 et 3, p. 209-219 et 333-364.) Ces fatigues et émotions répétées favorisent aussi, naturellement, l'action pathogène de l'émotion-choc, en lui préparant le terrain, comme nous l'avons déjà dit.

©BIUM

Mais il est un fait sur lequel nous devons, en terminant, attirer l'attention, car il est d'une grande importance pratique à l'heure actuelle, c'est que l'émotion est susceptible d'avoir une influence pathogène propre, et que, comme telle, elle peut constituer un « fait de guerre » pour les conséquences duquel il y a, le cas échéant, à prévoir une réparation pécuniaire. Et les faits constatés avant la guerre, au cours des accidents de chemin de fer (railway spine), des catastrophes navales, des tremblements de terre, etc., viennent bien à l'appui de cette assertion.

Nous ne discuterons pas la question des accidents pithiatiques, ni des délires des prédisposés, mais, en ce qui concerne le syndrome émotionnel, impliquant une perturbation souvent fort longue, sans qu'on puisse toujours invoquer une prédisposition antécédente (1), il ne fait pas de doute qu'il représente, tout comme le syndrome commotionnel proprement dit, un véritable traumatisme de guerre. Chez un homme qui n'a pourtant pas reçu de blessure apparente, qui n'a même pas été projeté par un obus ou enterré par une mine, mais qui a subi un choc moral brusque et intense — dont une enquête au corps ne pourra guère révéler l'existence — il y a eu une véritable blessure nerveuse, dont l'ensemble clinique, qui constitue le syndrome émotionnel, établit la réalité.

---

(1) Sur 35 de nos cas de « syndrome émotionnel » pour lesquels nous avons pu avoir des renseignements assez précis, au point de vue de l'hérédité et des antécédents, il y en a 10 qui ne présentèrent aucune espèce de prédisposition ; 21 avaient des antécédents personnels (dont 2 un simple état de débilité mentale), et 16 avaient une hérédité alcoolique, névropathique ou mentale, avec ou sans antécédents personnels. Chez les « commotionnés » vrais, on rencontre encore plus rarement la prédisposition apparente.

©BIUM

L'HYSTÉRIE ET LA GUERRE

TROUBLES FONCTIONNELS PAR COMMOTION

LEUR TRAITEMENT PAR LE TORPILLAGE (1)

Par le Dr André GILLES

Interne des asiles de la Seine, médecin aide-major.

Nombreux sont les malades, ils en représentent parfois presque un quart de l'effectif, qui sont envoyés dans les centres neuropsychiatriques parce qu'ils sont atteints de troubles fonctionnels tels qu'aphonie, tremblement, paralysies. Aucune lésion organique ne vient expliquer ces troubles et aucun des traitements habituels n'en a raison. Tantôt ces malades sortent directement de l'action, tantôt ce sont de vieux clients qui ont traîné de longs mois d'ambulances en hôpitaux, et qui échouent ici en désespoir de cause. Chez tous l'occasion initiale de leur affection fut un accident de guerre : la commotion.

Un obus a éclaté non loin d'eux ; il les a, de rares fois, enfouis ; quelquefois projetés ou culbutés ; le plus souvent, il n'a fait que les impressionner. Aucun n'a été blessé, ils ne portent en général même pas trace de contusion.

Cependant, consécutivement à l'incident, dans un délai qui peut être de huit jours et plus, ils manifestent ces symptômes, les plus variables, d'impotence ou de contracture et leur trouble permanent, persistant, au

(1) Publication autorisée par la direction du service de Santé.

©BIUM

lieu de s'amender avec le temps, tendra à se fixer de plus en plus, rebelle à tous les moyens thérapeutiques usuels. Or, de simples manœuvres, dites psychothérapiques, suffisent à amener leur guérison rapide, et ceci nous confirme, ce que les résultats négatifs de l'examen clinique nous avaient fait pressentir, qu'il s'agit là uniquement de troubles névropathiques.

Mais il est une condition du succès, c'est que le traitement soit énergique et précoce ; ce que l'on n'obtient qu'en soulignant l'action psychologique incertaine de cet adjuvant, impressionnant pour le névropathe, qu'est le courant électrique.

Cette méthode, couramment employée dans certains centres neuropsychiatriques depuis le début de la guerre, est celle à laquelle le Dr Vincent a donné le nom de torpillage. L'affaire Deschamps, le procès de Tours, les polémiques et même des interpellations à la Chambre, où l'on a discuté le procédé, ont pu faire naître des doutes sur sa légitimité et son opportunité chez ceux, même médecins, qui ne sont pas au courant de son emploi et jeter ainsi le discrédit que l'on attache à une manœuvre tortionnaire sur un moyen thérapeutique efficace.

Je me propose, sans entrer dans la discussion, de présenter ici quelques observations de cas traités et les quelques réflexions que nous en suggèrent les résultats. L'exposé de la pratique lèvera, je l'espère, certaines préventions.

Sur une trentaine de cas, je n'ai pas enregistré d'échecs, si ce n'est chez quelques sujets trop tardivement soignés, ceci provenant de la méconnaissance, dans certaines formations, de la nature de ces troubles et de leur curabilité. Ces succès du procédé rendent donc son emploi indiscutable si l'intérêt du malade est de guérir et le rôle du médecin de le guérir. Procédé

©BIUM

utile par conséquent à l'armée à qui il rend des soldats, bienfaisant pour le malade à qui il rend ses moyens et qui n'a de désagréments que pour le faux malade qui veut s'esquiver honteusement tandis que les braves gens se font tuer. Le sous-secrétaire d'État tranchait la question lorsqu'il soulignait à ce propos, ce commun intérêt de l'individu et de la nation, où l'une a besoin, plus que jamais à cette heure, de travailleurs et de combattants et où l'autre a besoin d'être sain et actif pour gagner sa vie et se défendre.

Le moyen est brutal, dit-on : ainsi, sa violence ne justifie-t-elle pas le consentement préalable du patient? S'il fallait encore répondre à cette question, attendons d'avoir vu comment se fait l'application du traitement; mais, déjà, nous pouvons affirmer que le terme de torpillage en grossit volontairement les effets et n'est peut-être qu'un épouvantail destiné à agir sur l'imagination de névropathes. Il n'est pas de médecin qui, appliquant les électrodes, n'ait eu l'occasion de faire l'expérience de la sensation qu'elles provoquent et d'apprendre sur lui-même, que, pour pénible qu'elle soit, elle est très supportable. Le courant électrique n'est pas ici un instrument de coercition, mais, au cours d'un traitement psychothérapique, un agent décisif de persuasion : il s'agit de faire à un névropathe la preuve matérielle de sa guérison et seul ce procédé énergique le permet.

Le médecin qui a vécu dans les tranchées, qui aime les « poilus » pour avoir connu leurs misères, qui est un des leurs, n'a nulle envie de les martyriser inutilement et il n'usera de cet argument déplaisant qu'avec des ménagements tels qu'ils le feront accepter du patient. L'énergie du médecin elle-même impose, en ces matières encore plus qu'ailleurs, la confiance qui doit guérir d'autant que le sujet la sent bienveillante.

©BIUM

L'expérience nous montre que le malade accepte le traitement sévère parce qu'il veut guérir ; il n'est de récalcitrant que le simulateur, celui qui craint la cure.

Si les résultats obtenus nous décident à adopter la méthode, il est nécessaire toutefois de préciser quelques conditions de son application.

L'énergie et la rapidité sont les principaux éléments d'une cure décisive.

Si l'on veut qu'elle soit définitive, si l'on veut éviter les lenteurs qui amorcent les récidives et les simulations, l'indication est absolue d'agir précocement, par une intervention brusquée, sans laisser au sujet le temps de se fixer dans son erreur.

D'où la nécessité, dans les régiments et les ambulances, de dépister rapidement la nature pithiatique possible des phénomènes, chez les sujets qui présentent des troubles fonctionnels, pour les diriger sans attendre sur un centre spécial où ils seront traités immédiatement.

Quels sont ces malades? Voici des gens qui nous arrivent : celui-ci est complètement aphone. Cet autre est agité d'un tremblement violent qui simule à s'y méprendre la chorée. Ailleurs, cet homme nous vient qui ne peut plus se redresser et marche courbé en deux par une plicature vertébrale. Puis, c'est l'interminable série de paralysies : monoplégies, paraplégies, hémiplégies accompagnées ou non d'anesthésie. Puis, encore, c'est ce pied bot survenu brusquement à la suite de l'explosion d'un obus et pour lequel cet homme se refuse à marcher autrement qu'en boitant.

Or, dans tous ces cas, à l'examen, rien ne se révèle d'organique qui puisse justifier ces troubles. Pas la moindre lésion, pas le moindre signe physique qui vienne légitimer l'apparition de phénomènes aussi brutaux et aussi accentués. Clinique générale, clinique

©BIUM

chirurgicale, neurologique, radiographie, spécialistes consultés, toutes les investigations sont unanimes : l'affection est *sine materia*. Quand il arrive que le malade accuse quelques signes subjectifs, sensitifs ou sensoriels, ceux-ci sont toujours paradoxaux.

Sont-ce donc des simulateurs? Non, mais ils tendront à le devenir.

L'épine pathologique existe, mais elle est du domaine psychique. Les antécédents du sujet, la genèse de l'accident nous indiquent ce que l'efficacité curative de simples manœuvres psychothérapiques nous confirme : nous avons affaire à des névropathes, à de ces sujets que l'on convenait jadis de qualifier d'hystériques.

Leurs antécédents nous en révèlent plus ou moins les tares, et le traumatisme, qui a déterminé les troubles qu'ils présentent, est d'ordre moral. C'est un choc émotionnel, consécutif à la commotion, qui leur a suggéré leur aphonie, leur paralysie, leur tremblement, comme c'est la débilité de leur contrôle et de leur volonté, qui leur fait accepter de façon durable ce trouble imaginaire.

Mais, du fait de la guerre, du fait que c'est un accident violent, explosion d'obus ou de mine, qui les a primitivement suggestionnés, leur conviction est plus profonde et plus plausibles sont les raisons qui entretiennent leur imagination maladive.

Un obus est arrivé qui les a enterrés, dont le souffle les a renversés. Ils n'ont pas été blessés, mais ils se sont relevés un peu meurtris. Parfois subitement, parfois après avoir écouté quelques jours l'invite de la courbature douloureuse qui a suivi leur ensevelissement ou leur chute, ils se fixent dans l'attitude que nous leur voyons.

Et leur trouble adopte, presque toujours, l'indication que lui a fournie l'accident : suggestionnables par

©BIUM

tempérament, plus que jamais réceptifs, à cette minute où l'émotion si intense a effacé tout leur contrôle, restera plicaturé celui que l'on déterrera de l'éboulement plié en deux, restera trémulant celui que l'on retrouvera égaré et tremblant sous le coup de l'effroi.

Ainsi donc, ce ne sont pas des simulateurs au sens propre du mot, à peine même des exagérateurs. Ils se sont plus persuadés eux-mêmes de l'authenticité de leurs troubles qu'ils n'ont cherché à en convaincre les autres. Sincères au moment de l'accident, nous les voyons accepter sincèrement la guérison si elle leur est imposée, précoce, rapide, décisive, menée de façon énergique. Jusqu'alors s'ils simulent, c'est parce qu'ils sont des simulateurs constitutionnels; mais, si nous les manquons, si nous perdons du temps, nous risquons par l'effet de leur constitution même de les voir devenir des simulateurs conscients.

Plus on restera faible devant leur erreur, plus ces débiles de la volonté et du contrôle moral se fixeront dans leur mal, jusqu'au jour — (ce ne sont pas des sots, loin de là) — où se rendant compte des avantages qu'ils tirent de leur impotence, ils se fixeront cette fois dans le mensonge, entrevoyant sans fin les délices de la vie d'hôpital et le mirage de la réforme possible.

Ces considérations vont guider notre conduite à leur égard. Ainsi deux écueils sont tout d'abord à éviter : la fixation et la propension à la simulation. Cette notion s'impose en conséquence qu'il ne faut pas de manœuvres longues et lentes, pas d'entretiens trop fréquents avec le sujet sur son mal, pas de séances quotidiennes d'électricité à petites doses, de massages, de médications, qui ne feront que cultiver le cas, le confirmer et n'aboutiront le plus souvent qu'à éduquer le simulateur en puissance.

Voici, en revanche, les procédés les plus communément employés.

©BIUM

Dès que la conviction du médecin est faite de la valeur purement psychopathique des troubles, il doit s'opposer immédiatement et à tout prix à leur persistance. L'hypnose n'est plus à l'ordre du jour. Reste la contre-suggestion par la persuasion et par la menace qui doivent *convaincre* le malade de son erreur, lui *affirmer* le caractère imaginaire de son trouble, le *persuader* que sa volonté peut et doit en triompher, *stimuler* au besoin cette volonté par la perspective du Conseil de guerre. Tentatives *énergiques* mais *rares* où le médecin se refuse à discuter, et dans l'intervalle desquelles il affecte le mépris et refuse de s'arrêter au lit d'un imposteur.

Comme c'est à prévoir, ces bonnes paroles ne trouvent leur écho que de façon bien inconstante, d'autant, nous l'avons vu, que le sujet croit à l'authenticité de sa paralysie de par les raisons que son pithiatisme puise dans la commotion initiale, et on conçoit facilement que rien ne vaut que de pouvoir l'assurer que l'on a là, dans l'électricité, un traitement brusque mais infaillible, qui, demain, va le guérir.

Étant données, s'il est sincère, l'intensité de sa conviction et l'étendue du service qui lui sera rendu, étant donné, s'il simule, l'intérêt qu'il a à jouer jusqu'au bout, le remède de choix sera le procédé irrésistible, s'il en est un.

Aussi, sans tarder, dès les premiers jours, si possible, il faut soumettre le sujet à l'épreuve électrique — le torpillage! Est-ce douloureux?

Dans le service où j'ai appliqué ce procédé, nos moyens bien qu'efficaces n'avaient absolument rien de terrible. Un simple courant faradique nous a toujours suffi, capable au plus de provoquer la tétanisation musculaire, et sous l'influence duquel le malade ne reste pas plus de quelques secondes. Pour agir sur

©BIUM

l'imagination du patient, il faut même, le plus souvent, lui faire apparaître l'épreuve sous un jour formidable qu'elle est loin d'avoir en réalité : ce n'est qu'un épouvantail.

L'effet de surprise est désagréable certes, et douloureux sans doute (pas plus douloureux cependant, à tout prendre, que le coup de bistouri qui incise un panaris). Et cette douleur même, bien que très supportable, est, dans ces cas psychopathiques, l'élément particulièrement actif de persuasion : au choc émotif et douloureux qui a suggéré les troubles présentés, nous opposons, de ce fait, un nouveau choc émotif et douloureux, capable de provoquer en quelque sorte une contre-commotion, au cours de laquelle il s'agit de décider le sujet, par coercition morale, à effectuer la reprise de sa volonté et de son contrôle. Lorsque le surprend le courant et que, dans une réaction de défense, le sujet remue son bras soi-disant paralysé, il faut lui faire constater que ce membre peut et doit donc se mouvoir s'il le veut.

Dans l'application, il faut tenir compte du double caractère, partiellement sincère et partiellement simulatif à la fois, qui fait la complexité du cas. Il faut, d'une part, garder autant que possible au procédé son allure de cure (tampons placés aux points où le sujet croit résider son mal), tout en conservant, d'autre part, au moyen son attitude de menace et de répression.

De la sorte, une seule séance nous a toujours suffi, la menace d'une seconde triomphe des résistances quand la crainte même n'a pas déjà prévenu l'emploi d'une première.

Il importe cependant, avant d'appliquer le traitement, en même temps que l'on s'assure de l'état physique du sujet, notamment au point de vue cardiaque, et aussi de la nature inorganique et pithiatique de ces

©BIUM

phénomènes, d'en faire le départ net, avec les troubles d'ordre purement émotionnels tels que le Dr Mallet les a observés dans le centre où ces observations ont été prises et tels qu'il les a décrits à la réunion médicale de la IVe armée. Dans ces cas dont la distinction est relativement facile, et qui sont justiciables du calme et de la douceur, le traitement brusque est, comme de juste, contre-indiqué.

Voici pour illustrer ces considérations quelques exemples choisis parmi les 17 cas traités dans un même service en deux mois.

1° Tout d'abord, un cas de *plicature vertébrale*, que la simple menace a suffi à vaincre, résultat exceptionnel mais qui témoigne des effets bienfaisants d'une intervention particulièrement rapide et précoce :

Il s'agit d'un chasseur à cheval, âgé de vingt-six ans, qu'une explosion, survenue le 25 février 1916, a enfoui et à la suite de laquelle il reste courbé en deux, totalement incapable, prétend-il, de se redresser. A l'examen, rien ne donne la raison d'une telle attitude ; qui pis est, lorsque le malade est couché, il oublie sa plicature et s'allonge entièrement dans son lit. Néanmoins sa difformité reste rebelle à tous les efforts lorsqu'il est levé. Le terrain névropathique est nettement affirmé par les antécédents. Entré le 17 mars, il cède tout à coup à nos objurgations, guérit brusquement et sort valide le 14 avril.

2° Prenons maintenant un cas d'aphonie :

Un homme de vingt-trois ans, ...e d'infanterie, resté complètement aphone à la suite de l'explosion d'une torpille en février. Cette aphonie le fait évacuer et passer de mains en mains. On ne trouve aucune explication clinique à cet accident et aucun traitement n'y fait. Le 15 avril, cinq jours après son entrée au centre, il passe au traitement électrique. Sa voix s'éclaircit pendant l'épreuve. La menace d'une seconde intervention stimule son effort pour parler et deux jours après il sort guéri.

Notons au passage que ces deux hommes ont été

©BIUM

jusque-là de bons soldats, qu'il ont rejoint actuellement leur corps et nous savent gré de leur guérison.

3° Une troisième observation :

Un cas de *varus équin*, chez un homme de vingt-huit ans (Infanterie). Ce varus l'a fait évacuer, hospitaliser, traiter, mettre en convalescence, déclarer inapte à son dépôt. A un moment donné, comme on ne trouve rien qui justifie cette difformité, on l'envoie au front en renfort. Arrivé, il boite, se montre incapable d'effectuer la moindre marche et le médecin du régiment le refuse et le fait diriger sur un centre neurologique. Il présente certes un pied bot, mais il s'agit d'une simple contracture que n'accompagne aucune douleur, aucune atrophie, aucun trouble de la sensibilité ou des réflexes, aucune diminution des réactions électriques. Il n'a, bien entendu, aucune lésion du système osseux. En une séance, au cours de laquelle nous tétanisons ses muscles abducteurs, nous redressons son pied. Nous le gardons en observation quelque temps : il ne boite plus, trotte comme ses camarades ; il est guéri, convaincu et renvoyé à son régiment.

Or, à quelque temps de là, il nous est évacué à nouveau. Il nous dit ignorer la cause de cette mesure. Il n'a plus son varus, et ne présente rien d'anormal. Pressé de questions, nous tirons de lui des demi-aveux ; le bougre, de retour à son régiment, nous semble avoir joué la comédie de l'impotence, il a impressionné par ses précédents hospitaliers pour se faire évacuer. Retombant dans nos mains, il se sent découvert, et se défend aujourd'hui d'un trouble quelconque, à l'en croire on l'aurait évacué de force.

Ce cas est nettement à opposer aux deux premiers. Ici on a durant cinq mois cultivé le trouble : il s'est fixé, tandis que parallèlement le sujet massé, plâtré, etc., s'éduquait, et le simulateur s'est ainsi réveillé chez le pithiatique :

4° Pour terminer voici maintenant un cas assez intéressant de *tremblement* reproduisant complètement le type choréique :

Ce tremblement, très prononcé quand il nous arrive, affecte

©BIUM

un homme de vingt-neuf ans. La commotion initiale remonte à septembre 1914 et, dès ce moment, le tremblement s'est installé, s'atténuant par intervalle pour reprendre à nouveau sans jamais lâcher le sujet. Il en souffre et moralement et physiquement. Il faut l'aider à manger, à écrire; émacié, fatigué par cette agitation, il ne peut plus par ailleurs fixer sa mémoire et sa pensée. En l'espace de cinq minutes, le courant tétanisateur mâte instantanément et radicalement la folie de ses muscles. Le bonhomme, qui est un brave garçon, sort guéri, augmenté de plusieurs kilos, la mine superbe et n'en revenant pas de la soudaineté de cette cure.

Il serait trop long de relater ici en détail les aventures de cet homme durant les vingts mois que dura son affection. Imaginez-le d'hôpitaux en conseils de réforme jusqu'à ce que la loi Dalbiez le rappelle. Imaginez ses nouveaux séjours dans les hôpitaux, son départ au front en désespoir de cause et son évacuation immédiate. Dans ce cas, le mal s'était fixé et nous mesurons l'étendue des conséquences militaires qui nous privaient d'un homme, qui, au fond, était plein de bonne volonté, des conséquences personnelles qui ruinaient la santé de ce garçon, le jetaient dans la misère et tendaient à en faire un de ces trembleurs de coin de rue qui sollicitent l'aumône.

C'est une chose amusante certes de voir l'ahurissement de nos malades et de leurs camarades devant la sédation brusque de symptômes qui les impressionnaient tant, eux et leur entourage, de par leur soudaineté, leur amplitude et leur origine dramatique. Lorsqu'ils sont plus sincères que simulants, leur reconnaissance est touchante ; lorsqu'ils sont exagérateurs, la leçon est profitable pour eux et leurs congénères. Le seul qui se fâche est le simulateur absolu.

Nous allons aborder en quelques mots, pour être complet, une dernièrequestion qui, étant donnée la nou-

©BIUM

veauté relative de la méthode, reste assez épineuse : celle des rechutes et des récidives.

Mais voici déjà maintenant un point acquis ; nous pouvons, grâce à l'électricité, guérir immédiatement et de façon décisive les cas de troubles fonctionnels. Comme corollaire, il faut que le sujet soit traité sévèrement et sitôt la première manifestation des troubles.

Néanmoins, il s'agit de névropathes, émotifs et surtout abouliques, hystériques si vous le voulez bien, de simulateurs plus ou moins conscients. Même guéris, ils vont rester ce que la nature les a faits. Renvoyés au front, n'est-il point à penser que dans des circonstances identiques, sur ce terrain, vont germer à nouveau les mêmes troubles?

Nous avons admis, dans la façon d'agir pratiquée dans notre service, la nécessité de les renvoyer instantanément, sitôt guéris, à leur corps. L'expérience, trop courte encore, ne nous permet pas de nous baser sur les faits; mais la discussion, basée sur la nature des réactions habituelles chez les gens nantis de cette constitution psychique, nous autorise à croire à l'opportunité de cette mesure.

En effet, tout d'abord, ce sont des sujets éminemment perfectibles. Ce ne sont ni des imbéciles ni des irresponsables. Bien qu'impulsifs, ils sont orientés dans le bien et le mal suffisamment pour être, par essence, de ceux que l'on peut ranger dans la catégorie des intimidables. Ils n'oublieront pas les bénéfices qu'ils ont pu tirer de notre faiblesse et de nos hésitations, mais ils retiendront pareillement la portée de la leçon si elle fut énergique.

De plus, nous ne devons pas oublier, et l'on peut voir d'ailleurs combien est sériée l'apparition de ces phénomènes dans une même unité, qu'il existe en ces matières une indéniable contagion. Devant un accès confirmé, de

©BIUM

proche en proche, les aptitudes névropathiques se réveillent d'autant que la troupe constitue une foule suggestionnable parmi toutes où l'intensité du drame guerrier sensibilise tous les prédisposés.

La répression rapide de leur tendance au mythe comporte donc pour nos sujets le retour dans une unité et leur maintien à cette place : de leur escapade imaginative, ils n'auront plus alors que le souvenir d'un traitement prompt et désagréable, sans autre avantage, et feront eux-mêmes la police de leurs nerfs à la première velléité pathologique.

Chose facile avec le débutant, plus difficile avec le vieux routier, car dans la question du maintien au front interviennent des à-côtés assez complexes. Je sais, pour l'avoir pratiqué, ce que c'est que la médecine à la tranchée et la pauvreté des moyens que l'on y a pour s'assurer de l'inexistence de troubles simulés lorsqu'ils ne sont comme ici que partiellement simulés. Mal renseigné sur les antécédents hospitaliers du sujet, scrupuleux, le médecin lui accorde le bénéfice du doute lorsque le malade argue de traitements précédents dans les hôpitaux. Surtout en matière psychopathique, où les troubles sont tellement subjectifs, nous voyons combien est lointain le retentissement d'une première évacuation. Le pseudo-malade, qui a réussi à filtrer plusieurs fois, ne serait-ce qu'aux fins d'observation, semble, en pratique, avoir acquis des droits illimités aux évacuations successives et même finalement à la proposition pour la réforme. Actuellement cependant, un effort utile est fait dans le but de constituer à l'homme un dossier sanitaire qui le suit, ce qui rendrait, dans les cas que nous envisageons, de grands services.

Néanmoins, ces constatations justifient notre conviction de l'utilité d'un procédé radical d'emblée dont l'efficacité se constate par un retour immédiat au régi-

©BIUM

ment, que souligne sur le billet de sortie une mention telle qu'elle mette le médecin de l'unité au courant de la nature des troubles présentés et de leur cure. Lorsque nous voyons des récidives, elles se produisent chez des pithiatiques primitivement ignorés et non réprimés et qui sont ainsi devenus pour autant des simulateurs que des névropathes.

Cependant ne sont-ce pas là de tristes recrues que nous renvoyons au front? Que non. Régis nous dépeint ces gens, capables de toutes les perversions et de tous les excès, mais, aussi, capables des gestes les plus méritoires de bravoure, d'héroïsme et d'humanité. L'exemple des cas observés nous montre que, pour la plupart (je ne parle pas de vieux chevaux de retour non traités), ils ont été de bons soldats, il est probable qu'ils continueront à l'être.

Ils resteront cependant, tel est le terrain congénital, auto-suggestionnables, sensibilisés peut-être par cette première expérience de leur mal, mais il en est de ces phénomènes hystériques comme de toutes les psychopathies observées au cours de cette campagne. A côté des formes classiques, définies, nous ont été révélées des formes nouvelles, qui leur sont superposables, mais frustes, épisodiques, développées, semble-t-il, accidentellement en terrain vierge, et qui, facilement curables, n'atteignent le sujet que superficiellement sans altérer profondément sa complexion psychique, ni même y dénoter un trouble durable.

Les circonstances de la guerre nous amènent de grands hystériques à phénomènes dramatiques tels qu'ils furent vus en d'autres circonstances, mais, lorsque se sont développés, au gré d'un accident, ces simples troubles fonctionnels, nous avons eu affaire presque toujours à des terrains légers.

Ainsi donc, les quelques réserves, que l'expérience

©BIUM

trop courte d'un procédé récent nous impose, loin de diminuer ses indications, n'impliquent aucune restriction à son emploi.

Nous n'insisterons pas sur des conclusions qui découlent de ces observations mêmes.

Le procédé dit du torpillage a fait ses preuves et son emploi nous paraît indiscutable. Une sanction officielle a tranché la question du consentement du patient. On a fait une très judicieuse distinction entre cette simple manœuvre thérapeutique et les interventions sanglantes. Il ne s'agit pas ici de blessés qui, ayant fait une fois l'offrande d'un sang précieux, contestent l'opportunité d'une cure qui leur fera affronter de nouveaux dangers ou rognera le taux de leur pension ; aussi la discussion dans le cas présent ne porterait-elle uniquement, si elle subsistait, que sur le droit à la simulation ; droit qui, étant données les circonstances et les obligations que nous avons envers ceux qui font vaillamment leur devoir, peut paraître excessif.

Avec quelque fermeté que le médecin doive proposer l'application du courant au sujet, il ne le lui présente jamais comme un instrument de contrainte brutale, mais comme un moyen actif de traitement. Avec ces névropathes et ces abouliques le médecin a affaire à des malades et non à des simulateurs, tout en n'oubliant pas qu'exagérateurs par constitution ils sont prêts à devenir simulateurs.

Cette part de sincérité et de simulation, variable avec chaque sujet, qui est ainsi complexe, il faut en mesurer de l'une et de l'autre le degré pour établir les arguments qui accompagneront l'électrisation. Ces pseudo-impotents de la parole, des bras ou des jambes ne sont que des impotents de la volonté, c'est au médecin de vouloir pour eux. Il est doux et persuasif parce que ce sont des malades, mais il est sévère et ferme parce qu'il doit leur

©BIUM

imposer la guérison. D'ailleurs, lorsqu'il leur propose la cure électrique, ces malades, qui sont par nature faibles de volonté, acceptent docilement. D'eux-mêmes, certes, ils sont incapables de guérir parce qu'ils n'ont pas la force de le vouloir, parce que, aussi, ils ne croient pas à la possibilité de la guérison, parce que, encore, ils n'y tiennent pas : en effet, ils ne souffrent pas, sauf très rares exceptions comme le trembleur que nous avons décrit; leur trouble étant indolore puisque négatif, ils ne désirent pas qu'il cesse, car, en général, ils se trouvent évidemment mieux à l'hôpital qu'à la tranchée. Mais par cette faiblesse générale même de leur énergie, s'ils ne décident jamais eux-mêmes de guérir, ils ne refuseront pas par contre de se rendre à l'évidence lorsqu'on leur aura fait la preuve tangible de leur erreur.

N'est récalcitrant que le simulateur qui n'a même pas l'excuse de l'hystérie : à celui-là essayons dans son intérêt de lui faire comprendre qu'il est démasqué et que le mieux pour lui est de le reconnaître et d'aller rejoindre ses camarades pour se faire pardonner. S'il se refuse à profiter de l'indulgence du médecin qui acceptait de fermer les yeux sur sa faute, inutile de le contraindre par la violence à subir le traitement, car celui-là sciemment vicié refusera de reconnaître son mensonge même si les faits évidents le confondent. Parmi ceux-là certains endurcis vous disent qu'ils préfèrent la prison à la guerre. Ils ne ressortissent plus de la médecine et le médecin, usant des moyens légaux, n'a plus qu'à les envoyer aux conseils de guerre.

Pour appliquer le traitement, un courant tétanisateur tel qu'en donne un appareil à piles suffit (appareil faradique); rassurons-nous donc, car ce courant que produit un appareil portatif n'a rien de violent. Il ne provoque, quoi qu'on en ait dit, aucune brûlure, ni aucune lésion même superficielle; à part un léger endolorissement,

©BIUM

fugace d'ailleurs, ses effets pénibles cessent lorsque cesse le courant ; or, on n'applique celui-ci que quelques secondes.

Cette bénignité relative du procédé doit être ignorée du malade : pour agir sur son imagination morbide, il doit lui apparaître redoutable autant qu'efficace. Il est impressionnant et doit l'être.

Je terminerai cependant en signalant un écueil assez amusant : c'est l'amour intempestif que certains de nos sujets présentent pour le torpillage, et qui désirent en subir à nouveau les émotions. Nous en retiendrons ceci. qui est important, qu'il faut, dès la première séance, dès le résultat matériel, parole ou mouvement, dès que le courant a tétanisé et forcé le sujet à réagir normalement, le convaincre que la guérison est obtenue et que son mal est définitivement enlevé ; il faut le faire instantanément parler, courir et participer de la vie commune.

Un de mes malades, qui présentait une hémi-anesthésie et une hémiplégie commotionnelles, un cas très net de pithiastisme qui accusait, au moment où les phénomènes s'étaient installés, la sensation d'un globe qui lui serait remonté à la gorge, ce sujet, guéri indéniablement à la fin d'une électrisation de quelques secondes, et qui avait accepté sa guérison, vient, deux jours après, me trouver, se met à boiter et me demande une seconde épreuve. C'était un gosse de seize ans : une taloche toute amicale a suffi à réprimer sa tentative, il en rit et court encore.

Mais il faut prévoir qu'exceptionnellement, certains de ces pervers, curieux de sensations anormales, tenteront, si on leur en laisse la possibilité, de renouveler l'émotion suivant ce penchant qui en fait trop fréquemment des voluptueux de la douleur ou tout au moins ses contempteurs pathologiques.

©BIUM

APPENDICE

Depuis la rédaction de cet article (juin 1916), une mutation m'ayant affecté à la tête d'un petit service neuro-psychiatrique, j'ai eu l'occasion d'y observer et d'y soigner un nouveau contingent de ces hystériques. A côté de cas invétérés j'ai pu, grâce à la proximité des lignes, traiter précocement des troubles récemment éclos. Des uns et des autres, je retiens ces trois observations par les quelques remarques intéressantes qu'elles comportent.

1° Au moment de l'offensive de la Somme, un obus tombe sur un abri, l'effondre, y tue des hommes. Un des rescapés m'est envoyé au bout de trois jours. Il présente, sous l'omoplate, à droite, une brûlure qu'a faite un éclat et qui n'est autant qu'une égratignure : ceci n'est rien. Mais le fait grave, c'est que ce garçon reste depuis lors totalement aphone. C'est un jeune homme intelligent, cultivé, un avocat ; il est terrifié de cet accident et m'écrit sur l'ardoise : « Vais-je rester éternellement ainsi?... Comment telle chose a-t-elle pu se produire? » Il a fait toute la campagne dans l'infanterie, avec bravoure, comme en atteste la croix de guerre ; il ne se connaît pas d'antécédents nerveux. Sa mère désolée, qui a été prévenue télégraphiquement, doit arriver le lendemain. Je l'entreprends aussitôt, lui révèle la nature purement psychopathique de son état, lui représente l'angoisse de sa mère si elle le trouve ainsi demain; l'après-midi même, par la simple persuasion, il est guéri, trois jours après le choc initial ; il quitte le service deux jours après.

Donc ce sujet, pris dès le début, a fait montre d'une indéniable sincérité, aussi a-t-il pu être guéri quelques jours après l'accident et ceci, grâce à la précocité de l'intervention, par la seule persuasion.

2° Un Algérien, Baouaïna, présente une plicature vertébrale.

©BIUM

Malgré l'origine accidentelle de l'affection, une commotion encore, il a été traité depuis six mois pour rhumatisme, lombago, sciatique. Sous son burnous, plié en deux, appuyé sur des béquilles rudimentaires, l'œil hagard, sans cesse gémissant, il invoque Allah, il a l'air d'un sorcier des *Mille et une Nuits*. Mis en éveil par la commotion originelle, là encore, je trouve le pithiatisme dont le traitement électrique a facilement raison. Consécutivement à cette cure, l'état général du sujet qui était mauvais — amaigrissement, dyspnée, constipation, gastro-entérite s'accompagnant d'oscillations thermiques — s'améliore rapidement, semblant bien ainsi être lié à son attitude vicieuse. Et ceci est fréquent d'observer que l'affection inorganique dans ces cas de grandes déformations statiques entraîne à la longue des complications organiques dont la présence égare le diagnostic.

3° Ici encore une plicature vertébrale qui entraîne, elle aussi, un très mauvais état général. Il s'agit d'un soldat B..., ...e régiment d'infanterie, un jeune de la classe 15. L'accident remonte au 2 octobre 1916 où il a été enfoui par une explosion à B... Depuis lors, c'est-à-dire quatre mois, il erre d'ambulances en services de chirurgie, sans que massages, plâtres, etc. l'améliorent. Il est monstrueusement courbé, à tel point qu'il peut à peine lever la tête pour regarder qui lui parle. Tout mouvement spontané, toute pression sur la région rachidienne, mais aussi lombaire et dorsale, et sans localisation élective, provoque la douleur. Il ne peut se mouvoir de proche en proche qu'en s'accrochant aux murs, aux lits, cherchant partout un soutien et croyant tomber s'il lâche son point d'appui. A cela s'ajoute qu'il maigrit, pâlit, perd l'appétit, se désole. Cependant, la radiographie n'a décelé aucune lésion et j'observe par ailleurs que, couché dans son lit, il a tendance à se redresser de lui-même. Cette affection, qui est ancienne, cède au bout de trois séances de persuasion sous le courant électrique. Il a augmenté depuis de 4 kilos, repris des couleurs et, ravi d'être guéri, aide spontanément les infirmiers, porte de lourdes charges et s'apprête à rejoindre son corps.

Je signale ces deux derniers cas, non tant pour l'état général qui les accompagnait, que pour ceci que, n'ayant ici qu'un outillage imparfait, j'ai pu, malgré tout, avoir

©BIUM

raison de cas invétérés, parce que ces hystériques purs ont le désir sincère de guérir et que, chez eux, la nature éminemment pithiatique des phénomènes m'a permis d'obtenir, au cours du traitement, quelques résultats, d'un ordre tout classique, mais néanmoins curieux par l'application qu'il m'en a été permis de faire.

En effet, le courant n'étant qu'assez relativement puissant, je donne le maximum dès le début. Puis, après un arrêt, je préviens le sujet : « Mon petit, tiens-toi bien ; je vais doubler le courant ; oui, ce sera douloureux, mais il le faut puisque tu veux guérir. » Je rends le courant, qui est le même, et cependant les contorsions du patient s'exagèrent, il crie grâce, sent des effets deux fois plus puissants et j'obtiens même alors, au niveau du point d'application des électrodes, bien qu'il fût différent de celui de la première, des phénomènes vaso-moteurs qui se traduisent par une rougeur beaucoup plus intense. J'ai pu ainsi, dans de nombreux cas, doubler et tripler les effets subjectifs et certaines de leurs manifestations physiologiques avec un courant de même intensité. Évidemment, il n'y a dans ces faits rien de nouveau, mais il est à retenir que l'on peut en exploiter les effets lorsque, comme souvent au front, on n'a que des intallations de fortune.

L'expérience de ces six derniers mois confirme l'opinion que nous avaient faite les observations antérieures. Agir précocement, c'est agir d'autant plus certainement et plus utilement, témoin le premier cas. Avoir la volonté de déceler dans les fonds de salle de médecine et de chirurgie ces cas de troubles hystériques, enseigner à les reconnaître, ne jamais désespérer quelle que soit l'ancienneté des troubles, car si les résultats seront moins brillants, le torpillage peut et en aura cependant raison.

Certes, si l'on sent que la part de simulation dépasse

largement celle de l'auto-suggestion, il est bon de ne pas insister ; je me suis surtout ainsi heurté à des sujets des vieilles classes qui, ceux-là, n'étaient plus justiciables que du conseil de guerre, mais tous les accidents éclos chez des sujets jeunes, psychiquement malléables, guérissent toujours.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1916

Présidence de M. CHASLIN, vice-président.

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

MM. Rodiet, membre correspondant, et Witry (de Metz), membre associé étranger, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° MM. Semelaigne et Vigouroux, souffrants, s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Bonhomme qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

La Société adresse ses bien sincères félicitations à M. de Clérambault, mobilisé et blessé à Salonique, qui vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Election du Bureau de 1917.

Il est procédé au vote pour l'élection du vice-président de l'année 1917.

M. Colin.	11	voix
M. Pactet.	1	—

M. Colin est proclamé vice-président.

Les autres membres du Bureau sont nommés par acclamation :

Secrétaire général : M. Ritti.

Secrétaires des séances : MM. Dupain et Truelle. Ce dernier au lieu et place de M. Juquelier mobilisé.

Trésorier : M. Pactet.

©BIUM

Conseil de famille : Il se compose des membres du Bureau et des deux derniers présidents, MM. KLIPPEL et VIGOUROUX.

Comité des finances : MM. BRIAND et SEMELAIGNE.

Comité de publication : MM. ARNAUD, LEGRAS et VALLON.

Rapport de Candidature.

M. RITTI. — Messieurs, vous avez nommé une commission, composée de MM. Laignel-Lavastine, Pactet et Ritti, chargée de vous présenter un rapport sur les titres et travaux scientifiques de M. Paul Courbon, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant.

Ancien externe des hôpitaux de Lyon et ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, médecin-adjoint des asiles, membre de la Société clinique de médecine mentale, M. Paul Courbon a déjà publié de nombreux et intéressants travaux sur divers sujets de médecine mentale. En 1906, il soutint sa thèse de doctorat à la Faculté de médecine de Lyon ; elle a pour titre : *Étude psychiatrique de Benvenuto Cellini.*

Qui ne connaît l'existence si curieusement mouvementée de cet artiste génial, si remplie d'aventures romanesques, de crimes, de joyeux ébats, de débauches? Et cependant, il trouva des protecteurs parmi les grands de l'époque : les papes Clément VII et Paul III à Rome, François Ier en France, Cosme de Médicis à Florence. Dans ses *Mémoires*, qui peignent de si vives couleurs les mœurs de son temps et dépassent par là-même en intérêt les plus célèbres romans de cape et d'épée, fussent-ils sortis de l'imagination créatrice d'Alexandre Dumas, il s'est raconté lui-même, étalant au grand jour ses intrigues, ses amours, ses duels, ses querelles, même ses meurtres. Puis, il nous apprend comment par un subit revirement, à l'âge de cinquante-huit ans, il voulut entrer dans les ordres, se fit tonsurer et revêtit l'habit ecclésiastique. Cette conversion ne fut pas durable ; deux ans après, il jeta le froc aux orties et revint à sa vie de débauche. Mais, l'âge étant venu, il fallut bien s'assagir. L'auteur du *Persée* fit une fin, et se maria.

©BIUM

On raconte que, dans le cours de sa vie vagabonde, Benvenuto Cellini sema six enfants naturels ; il en eut deux de sa femme légitime. Mais semblable à J.-J. Rousseau, il n'avait pas la bosse de la paternité ; il en fait l'aveu cyniquement dans le livre sixième de ses *Mémoires*. « Autant que je m'en souviens, écrit-il, Constanza fut le premier enfant que j'eus. Je la dotai d'une somme dont se contenta une de ses tantes à qui je la confiai : depuis je n'en ai jamais entendu parler. »

L'étude de cette existence dissolue rentre bien dans le cadre des recherches de la psychologie morbide. M. Paul Courbon a donc eu raison de la choisir pour sujet de sa thèse de doctorat et il l'a traité avec succès. Il a fait du cas pathologique de Benvenuto Cellini une analyse pénétrante, en a marqué les symptômes et les différentes phases sans oublier les épisodes délirants avec hallucinations et idées de suicide.

Ce travail inaugural eut le succès qu'il méritait. Il ne passa pas inaperçu, surtout en Italie, où le Dr Querenghi, de Florence, traitant le même sujet, adopta les conclusions du jeune docteur, les appuyant de nouveaux documents inédits.

Les qualités qu'on se plaît à constater dans cette thèse : clarté d'exposition, connaissances étendues en médecine mentale, sagacité clinique, érudition littéraire, ces qualités, dis-je, se retrouvent dans tous les travaux que M. Paul Courbon a publiés depuis. Je regrette vivement que ces travaux, tous très intéressants, soient trop nombreux, car, à vouloir les analyser tous, je dépasserais de beaucoup les limites d'un rapport de candidature. Il me faut donc me borner et faire un choix.

Et d'abord citons un mémoire sur la *Valeur sémiologique de l'indifférence affective dans les maladies mentales*, où l'auteur s'applique à démontrer que l'indifférence affective réelle est un signe pathognomonique de démence, et il part de là pour donner une description de ce syndrome, de le distinguer des états qui peuvent le simuler et établir des caractères capables de le déceler sous les apparences qui souvent peuvent le masquer.

Dans un travail intitulé : *L'hallucination téléalgésique*, notre confrère étudie un phénomène de la localisation des émotions chez certains délirants persécutés

©BIUM

qui, interprétant les gestes de leur prétendu persécuteur, éprouvent une douleur localisée aux points de l'organisme que ces gestes ont touchés sur le persécuteur ou visés sur le malade.

Sous le titre de *Syndrome zoanthropoïdisme mental*, M. Paul Courbon a fait une communication au Congrès des aliénistes et neurologistes de Tunis, qui ne manque pas d'intérêt ; il y étudie des états psychopathiques caractérisés par l'apparition d'une mimique et de réactions telles que la personnalité des individus qui en sont atteints semble avoir régressé jusqu'au niveau de la personnalité animale.

La psychose maniaque-dépressive a, dans ces dernières années, provoqué de nombreux travaux et de non moins nombreuses discussions. Notre confrère ne pouvait manquer de donner son avis sur cette importante question. C'est ainsi qu'il a publié successivement deux articles intéressants, l'un ayant pour titre : *Asthénomanie et psychose maniaque dépressive* ; l'autre : *Contribution au diagnostic des états mixtes de psychose maniaque dépressive.* Ce dernier me paraît le plus important. Voici en quels termes son auteur décrit le signe pathognomonique qui permet de diagnostiquer les états de manie et de mélancolie non confusionnels ni démentiels :

« Les états mixtes étant formés par la juxtaposition des symptômes de manie et des symptômes de mélancolie doivent forcément présenter le caractère commun aux deux affections que nous venons de décrire. *Adaptation hyper ou hypothymique des réactions aux perceptions extérieures indiquant la persistance des liens entre le malade et la réalité extérieure*, tel est le signe dont la découverte permet le diagnostic. Il faut donc le rechercher soigneusement et bien moins par l'interrogatoire, qui est souvent un acte de suggestion inconsciente exercé par le médecin sur le malade, que par l'examen indirect de celui-ci. »

En dehors de ces travaux qui lui sont personnels, M. Paul Courbon en a publié nombre d'autres en collaboration, soit avec ses chefs de service, soit avec des collègues. Ainsi, il a collaboré, avec notre collègue. M. René Charpentier, pour un curieux travail qui a pour

©BIUM

titre : *Puérilisme mental et état de régression de la personnalité*; avec M. Charon, médecin directeur de l'asile d'Amiens, pour plusieurs mémoires d'un grand intérêt et qui vous sont connus : *Anomalies psychiques et lésions organiques; Anormalité psychique et responsabilité limitée*; *De la chloroformisation contre l'agitation des aliénés*, etc.

Nous venons de parler du travail de notre confrère, fait en collaboration avec M. René Charpentier. Ce travail mérite une mention spéciale, car il fut présenté à la Société pour le concours du prix Esquirol de l'année 1909 et obtint le prix sur le rapport de la Commission que vous avez nommée et qui était composée de MM. Briand, Colin, Deny, Dupré et de Clérambault, rapporteur.

Je ne m'arrêterai pas aux diverses communications que M. Paul Courbon vous a présentées, dans nos dernières séances, soit seul, soit en collaboration avec M. Laignel-Lavastine; elles sont encore présentes à votre esprit. Tout ce que je me permettrai d'en dire, c'est qu'elles dénotent, comme tous les autres travaux de notre confrère, des connaissances cliniques très étendues, un sens psychologique très affiné et un réel talent d'exposition.

Je crois en avoir assez dit, Messieurs, pour marquer l'intérêt qu'attache votre Commission à la candidature de M. Paul Courbon; elle vous propose en conséquence de lui accorder le titre de membre correspondant qu'il vous demande et qu'à notre avis, il mérite à tous égards.

M. Paul Courbon est élu membre correspondant de la Société, à l'unanimité des membres présents.

Maniérisme puéril post-confusionnel. Présentation de malade,

par MM. Laignel-Lavastine et Victor Ballet.

La mimique pittoresque jointe au syndrome curieux et complexe d'un malade, que nous observons depuis plusieurs mois, nous a engagés à le présenter à la Société.

©BIUM

Il s'agit d'un soldat qui, le 1er juillet 1916, ayant éprouvé un violent choc émotionnel dans un des combats de la Somme, présenta des phénomènes de confusion mentale pour lesquels il fut immédiatement évacué.

D'abord hospitalisé pendant trois semaines à Cayeux, il nous arrive le 20 juillet. Dans les notes qui l'accompagnent, nous relevons ces diverses mentions : « Commotion par suite d'éclatement d'obus ; aphasie incomplète ; retard dans la perception des mots et dans leur articulation ; un certain degré de surdité ; difficulté très grande de la parole qui est scandée syllabe par syllabe, et après un violent effort. On constate des mouvements nerveux de la face. Indifférence du sujet à ce qui l'entoure et absorption complète dans sa rêverie. »

Lorsque nous le voyons pour la première fois, ce qui frappe tout d'abord, c'est l'ensemble de ses gestes et de sa mimique qui semblent dénoter une rumination très active de la pensée. Un murmure, vague, monotone, incompréhensible, s'échappe continuellement de ses lèvres. Une mimique changeante et mobile l'accompagne ; tantôt les yeux grands ouverts semblent traduire une préoccupation intérieure, s'élevant par moments jusqu'à l'anxiété ; tantôt un sourire béat et satisfait illumine le visage ; tantôt le regard vague semble suivre la pensée au loin ou bien, fixant passagèrement un objet du voisinage, il traduit une attention momentanément éveillée. Une grande mobilité préside à ces changements de la physionomie, qui se succèdent, fugitifs et divers, sans lien précis, sans enchaînement évident, sans raison plausible.

Des attitudes, des gestes, qui souvent ont un caractère brusque, vif, saccadé, accompagnent et complètent le jeu de la mimique et sont suivis de mouvements plus lents, maniérés, comme de reptation, avec haussement des épaules, attitude en flexion du tronc et de repliement du sujet sur lui-même.

Il est difficile de faire parler le malade ; on ne peut qu'avec peine fixer son attention. Quand, par une forte sollicitation, on y arrive et lorsqu'on cherche à obtenir une réponse, on voit tout d'abord se produire, après la

©BIUM

demande, une courte phase de méditation pendant laquelle D... semble en quelque sorte se recueillir, se retrouver, chercher à se rendre compte de la question qui lui est posée et de la réponse qui est à faire. Puis, se ramassant sur lui-même comme pour un effort, alors que les traits se crispent et que la face se congestionne, il émet une réponse, scandant chaque syllabe d'un geste de la main et il laisse voir ensuite, l'effort accompli, un sourire béat et satisfait. Sa réponse est généralement réduite à un seul mot. Elle n'est pas plus tôt émise, qu'il se relance dans sa rêvasserie. Il semble que ce soit là tout l'effort de fixation volontaire dont il soit capable, et il faut une nouvelle sollicitation énergique pour le ramener, d'une façon toute momentanée du reste, au sujet qu'on veut lui faire aborder. La même phase de méditation se produit devant la sollicitation de la plupart des impressions extérieures. Arrive-t-on à l'improviste devant lui, il ne semble remarquer l'arrivant qu'au bout de quelques secondes ; il le regarde alors, mais reste quelques instants cherchant et méditant, et ce n'est qu'après cet effort d'attention que sa mimique laisse voir que la reconnaissance s'est effectuée. Le frappe-t-on sur le genou avec le marteau à réflexe, il regarde le médecin avec étonnement, puis s'émeut et manifeste qu'il n'est pas satisfait. Il y a donc, en quelque sorte, contraste entre la lenteur de ses réactions intellectuelles et la rapidité de ses réactions affectives.

Abandonné à lui-même, il va, vient, erre, le regard perdu ou la mimique animée, murmurant son éternelle mélopée, semblant inattentif à ce qui l'entoure. Par moments, les yeux grands ouverts, il semble profondément distrait, puis subitement son activité éclate en un mouvement brusque. Ou bien il reste des heures à regarder des images pour lesquelles il a un goût tout particulier et accompagne sa contemplation d'une mimique mobile et changeante et de gestes divers et souvent exubérants. Il semble avoir conservé un souvenir assez précis des circonstances qui ont accompagné son accident de guerre. Il a pu donner, à son arrivée, quelques renseignements sur les phases du combat où son régiment était engagé ; mais c'est avec une mimique d'effroi qu'il revient sur ces détails, rappelant le sang

©BIUM

qu'il a vu, les cadavres de ses camarades qui étaient étendus autour de lui.

Il ne semble nullement désorienté dans le service ; il reconnaît toutes les personnes, sait la place de ses camarades, recherche la compagnie de certains. Il a l'instinct de la propriété très net. Il n'aime pas qu'on le change de place.

Il sollicite à sa manière, mais vivement, des permissions.

A un examen un peu prolongé, on ne tarde pas à s'apercevoir que la mimique de D..., sous sa mobilité, et sa fugacité, cache une certaine indigence. Elle semble riche, variée au premier abord, et cependant, à bien l'examiner, elle se résume à quelques thèmes qui reviennent constamment : l'étonnement, la satisfaction, la colère. Non seulement ce sont ces thèmes qui semblent se manifester à tout propos et hors de propos, mais les moyens, par lesquels ils sont rendus, traduisent une pauvreté d'invention et une facture enfantine. La mimique et les gestes sont puérils. Dans son étonnement apparaît la naïveté de la surprise ; sa colère entraîne une moue enfantine du visage ; sa satisfaction éclate dans une joie simple et béate, tous jeux de physionomie que viennent souligner des gestes exubérants et maniérés, mais peu renouvelés, dans lesquels on retrouve le côté impulsif, la vivacité illogique, la tendance naïve à l'imitation, le maniérisme des gestes de l'enfant. Dans les rapports du malade avec ses camarades où la mimique lui tient lieu de la parole, son jeu se répète et se ramène à quelques formules simples, dont la vivacité de l'exécution n'arrive pas à cacher l'indigence du fond. Nous voit-il apparaître, il mime ordinairement une scène, toujours la même, qui veut traduire une demande de permission. De la main, il fait le geste d'écrire, puis fait mine de s'habiller, de sortir, de prendre le tramway, d'aller chez lui, pendant qu'un sourire satisfait illumine son visage. Est à noter l'apparence de plus en plus stéréotypée de ses réactions, qui au début n'avaient que le caractère d'un automatisme fraîchement émancipé.

Son activité dans tous les domaines procède de ces mêmes manœuvres enfantines. Jette-t-il les yeux sur

©BIUM

un livre, un journal, son attention va uniquement aux images ; il les regarde avec plaisir, surtout si elles sont coloriées ; il les montre avec satisfaction à ses camarades, tantôt suivant tour à tour les différents contours avec le doigt, tantôt indiquant complaisamment un détail anodin qui suscite son admiration facile.

Si on lui présente une personne du service qui lui est familière et si on lui demande quelle est cette personne, il applique ses mains devant ses yeux en arrondissant le pouce et l'index pour figurer naïvement les lorgnons qu'elle porte. Il fait d'innombrables dessins, soit qu'il copie les gravures qu'il a à sa disposition, soit qu'il dessine d'invention. Dans l'un et l'autre cas, à côté des indices d'une certaine pratique, apparaît l'influence d'une conception enfantine et naïve : défauts de proportion, fautes de perspective, insistance exagérée sur certains détails, prédominance mal attribuée à des points de second plan.

Au début de son séjour dans le service, D..., s'il ne parlait pas spontanément, répondait par la parole, tout au moins par monosyllabes, aux questions qu'on lui adressait. Peu à peu, il a été plus difficile de le faire parler ; actuellement, il ne s'exprime plus que par gestes. Les lèvres sont animées d'un mouvement continuel ; il en sort un vague murmure amorphe ; mais il est difficile de lui faire articuler un mot quelconque.

Au début, il était relativement facile de lui faire copier de l'imprimé. Il le copiait correctement en cursive ; mais il n'était encore là capable que d'un effort d'attention très momentané. Dans un essai fait le 26 septembre, il copie très correctement une ligne, puis continue à écrire des notes qui n'ont plus aucun rapport avec le texte donné. En écrivant, sa plume n'ayant plus d'encre, il ne cherche pas à la tremper dans un encrier ; apercevant un crayon, il s'en empare ; mais, une fois le crayon en sa possession, il abandonne l'écriture et se met à dessiner un éléphant. Le 12 décembre, on essaie de le faire écrire à nouveau ; il semble ne pas comprendre tout d'abord ce qu'on veut de lui ; puis commence à copier l'imprimé en imprimé. Du reste, il s'arrête très rapidement après avoir dessiné deux lettres et écrit son nom. Il semble plus facilement répéter les gestes

©BIUM

que prêter attention aux paroles. L'ordre oral de tirer la langue n'est presque jamais exécuté, tandis qu'il suffit de tirer la langue devant lui, en lui disant de le faire, pour qu'il obéisse. Il a même tendance à répéter machinalement une série de fois les mouvements qu'on lui indique. A noter que, dans l'imitation du salut militaire, il le fait en miroir. Lui donne-t-on un ordre écrit, tel que celui d'écrire son nom, il le comprend et l'exécute.

D... n'est plus anxieux comme il l'était par moments, lors de son arrivée dans le service, mais il est encore émotif, impressionnable, susceptible ; une observation anodine lui met facilement les larmes aux yeux.

Au moment de la mobilisation, il se trouvait au Mozambique, où il était fondé de pouvoir d'une société de culture du coton. Il paraissait légèrement fantasque. Il était très souvent absorbé. Parfois, au contraire, il avait le caractère enfant ; un rien l'amusait, le rendait joyeux. Il était d'un naturel affectueux. Dans ses antécédents pathologiques, on ne trouve rien à noter, à part des accès de paludisme.

*
* *

Si on cherche à analyser les principaux éléments de ce tableau, on remarque que :

La *désorientation* dans le temps existe (D... ne sait pas le jour, le quantième, la saison), mais non la désorientation dans l'espace ; D... sait parfaitement où il est, où il va, où sont ses affaires, son lit, ses amis.

Il persiste encore un certain degré d'*amnésie* : amnésie partielle lacunaire, liée à l'épisode confusionnel qui suivit l'émotion-choc de l'attaque du bois d'Ailly ; on n'observe pas de troubles de la mémoire de fixation. L'*imagination* paraît normale, et certains des dessins de D... semblent relever de l'imagination créatrice. L'*émotivité* s'est calmée : les épisodes anxieux, que déclanchait encore il y a quelques semaines l'évocation verbale de souvenirs de batailles, ont disparu ; néanmoins il reste un certain degré d'émotivité puérile : pleurs faciles, joie béate pour un rien ; à noter cependant qu'à l'inverse des enfants, D... ne rit pas aux éclats ; sa gamme expressive de la joie ne dépasse guère le large sourire ou le rire muet.

©BIUM

Son *affectivité* n'est pas diminuée; on n'observe pas ici ce rapport inverse de l'exaltation émotive et du déficit affectif classique dans les démences. D... est affectueux, aimable, attentif à faire plaisir, et aussi, très susceptible. Il a des sympathies marquées pour certains comme des antipathies pour d'autres. Il est loin d'être indifférent et apathique.

Ses diverses fonctions psychiques ne répondent pas toutes au même *rythme*. Nous avons vu que la rapidité des réactions affectives à une irritation sensitive contraste avec la lenteur des réactions intellectuelles à une perception complexe, telle que la reconnaissance visuelle d'une personne connue.

La facilité, avec laquelle il reproduit les gestes qu'il voit, contraste avec la lenteur, qu'il met à exécuter les mêmes gestes, quand on lui en donne seulement l'ordre oral ou écrit.

Son emploi de plus en plus restreint de la *parole*, qu'il remplace par la pantomime, paraît tenir à la tendance à la suppression de l'intermédiaire verbal.

De même, dans les livres, il ne va qu'aux dessins et néglige le texte; de même dans l'écriture, alors qu'au début il transformait, en copiant, l'imprimé en cursive, maintenant il copie servilement l'imprimé en imprimé.

Il paraît donc se comporter comme s'il avait une *distraction* de plus en plus grande du langage verbal.

Cette distraction n'est pas d'ailleurs localisée au langage. Elle s'étend à tous les processus intellectuels.

Ce trouble de l'attention nous paraît capital.

Il permet peut-être d'expliquer la majeure partie des réactions mimiques de D... L'*habitude*, qui en a stéréotypé beaucoup, y met aussi sa marque.

*
* *

Le *diagnostic* du syndrome est facile. Il s'agit, à notre avis, d'une séquelle confusionnelle qu'on pourrait étiqueter « maniérisme puéril ».

A première vue, on pourrait croire avoir affaire à un *exagérateur*; il suffit d'avoir vécu avec lui quelques jours pour éliminer cette hypothèse : jamais de discordance dans les aspects selon les lieux, les jours et les

©BIUM

observateurs ; jamais de caractère électif, utilitaire, aux divers symptômes ; jamais rien qui puisse faire soupçonner la moindre illégitimité.

Le maniérisme, certaines stéréotypies et la persévération pourraient faire penser à une *démence précoce* ; mais il n'existe ni indifférence émotionnelle, ni hallucinations, ni catatonie, ni délire.

Quant à la *cause* de la confusion mentale originelle, elle semble bien avoir été le fait de guerre de la prise du bois d'Ailly. Ici le choc fut émotionnel, non commotionnel. Mais on sait bien que l'*émotion-choc*, comme le choc gazeux, peut déterminer un syndrome confusionnel.

Peut-être le puérilisme, qui teinte l'état actuel, tient-il en partie au caractère antérieur du sujet : sa femme dit de lui qu'il avait un caractère enfant. Il existe, d'ailleurs, de nombreux cas de puérilisme confusionnel sans caractère antérieur y prédisposant.

Le peu de poils du sujet, la petitesse de ses organes génitaux, sa canitie précoce, son adiposité peu virile nous ont fait nous demander si un processus dysendocrinien n'entrait pas comme facteur dans la persistance et la couleur des accidents. Nous ne le pensons pas : il n'existe ni frilosité, ni frigidité, ni hypertension, ni refroidissement des extrémités, ni constipation, ni somnolence.

Le séjour au Mozambique et le *paludisme* antérieur ne doivent pas être négligés.

On connaît l'existence des psychoses paludéennes ; mais on ne note actuellement aucun signe qui permette d'y penser.

Pourrait-il s'agir, à l'extrême rigueur, de maladie du sommeil, trypanosomiase latente déclanchée à l'occasion d'un fait de guerre? Le liquide céphalo-rachidien, sans hyperalbuminose, leucocytose et hypertension, élimine la méningo-encéphalite trypanosomiasique comme la syphilitique. Il n'existe d'ailleurs aucun symptôme de P. G.

Malgré l'absence de tout signe physique, le *pronostic* est-il bon?

On ne peut l'affirmer, malgré l'évolution favorable de beaucoup de confusions mentales post-émotives de guerre.

©BIUM

En effet, les manifestations motrices ne se sont pas améliorées au prorata de l'anxiété ; bien plus, elles se stéréotypient ; la parole devient de plus en plus rare et indistincte ; l'écriture baisse ; un excellent état général, contrastant avec un tableau psychique, accusant un certain degré de désintégration de la personnalité, apparaît comme un signe de chronicité.

En résumé : maniérisme puéril post-confusionnel d'origine émotive, caractérisé par des troubles de l'attention avec stéréotypies, bon état général et tendance à la chronicité, sans signes physiques, tels nous semblent être le diagnostic et le pronostic de notre cas.

DISCUSSION

M. Colin. — Ce malade présente-t-il des stigmates de dégénérescence? A-t-il du délire? Il paraît ressembler beaucoup à ces malades qu'on voyait autrefois à la clinique de Charcot à la Salpêtrière.

M. Laignel-Lavastine. — Le malade n'est pas délirant. Ce qui paraît dominer chez lui c'est le trouble de l'attention.

M. Arnaud. — Savez-vous si le malade a reçu des blessures?

M. Laignel-Lavastine. — Je n'ai connaissance que de l'éclatement de l'obus à proximité du malade et de la confusion mentale consécutive.

M. Truelle. — Le malade paraît parfois ne pas comprendre quand on lui adresse la parole ; cependant, il comprend la mimique. Il y a là quelque chose de paradoxal. Ce cas paraît être très complexe.

M. Pactet. — N'y aurait-il pas parfois un peu d'exagération intentionnelle?

M. Laignel-Lavastine. — Je ne le crois pas. Sa confusion mentale serait le résultat de son émotion sur le champ de bataille.

La séance est levée à 5 h. 15.

Le secrétaire des séances,

J.-M. Dupain.

©BIUM

SÉANCE DU 29 JANVIER 1917.

Présidence de M. CHASLIN, président.

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

M. Haury, membre correspondant assiste à la séance.

Installation du Bureau.

M. A. VIGOUROUX. — Messieurs et chers collègues, trois années se sont écoulées depuis que j'ai eu l'honneur de prendre possession du fauteuil présidentiel ; depuis ce moment, les événements les plus tragiques se sont succédé, bouleversant toute notre vie, répandant parmi nous le chagrin et les deuils, et malgré notre foi absolue dans la victoire finale, nous maintenant dans la tristesse et dans l'angoisse.

Dès la déclaration de la guerre, un certain nombre des membres de la Société furent appelés aux Armées, d'autres furent occupés dans les hôpitaux de l'intérieur, si bien que pendant huit mois, notre Société a dû suspendre ses séances, fait qui depuis sa fondation n'a qu'un seul précédent : ses séances furent suspendues d'octobre 1870 à mai 1871.

L'anxiété, les préoccupations continuelles nous ont fait paraître chacune de ces journées de guerre bien longue, et cependant, si nous reportons notre pensée en arrière, il nous semble que ces trente mois ont passé vite et qu'ils n'ont pas laissé d'empreinte durable dans notre souvenir.

J'ai l'impression que c'est hier, qu'après notre séance de juillet 1914, nous nous séparions, calmes et confiants dans l'avenir, nous donnant rendez-vous à Luxembourg, où la semaine suivante le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes devait nous réunir à nos collègues des pays de langue française.

Certes, à cette fin de juillet, nous ne prévoyions pas la guerre ! jusqu'à la veille de la mobilisation, nous sommes restés optimistes, et j'en sais parmi nous, qui, jusqu'au dernier jour ont fait leurs préparatifs de départ

©BIUM

pour Luxembourg. A cette même époque on a dit, et le Dr Witry le confirmait ici même, déjà les médecins de Metz étaient mobilisés et avaient rejoint leur poste de guerre.

Non, nous ne le dirons jamais trop, le peuple français ne voulait pas la guerre. Elle nous a été imposée, cette guerre barbare, dans laquelle tous les principes de l'humanité ont été méconnus, toutes les lois internationales ont été violées, sous le prétexte fallacieux que plus la guerre est faite impitoyablement, plus elle est humaine au fond, car elle doit être plus courte.

Oui, nous avons été attaqués, c'est là un point d'histoires d'ores et déjà fixé et sur lequel il est étrange qu'on veuille discuter encore.

Parmi les nombreux facteurs qui ont poussé les Allemands à nous faire la guerre, on trouve les erreurs psychologiques grossières qui nous intéressent particulièrement en tant que médecins aliénistes. Ces erreurs sont dues, sans conteste, à l'hypertrophie excessive de leur moi, à leur orgueil quasi pathologique qui ont profondément troublé leurs facultés de raisonnement et de critique. On a pu dire, non sans apparence de raison, qu'en août 1914, le peuple allemand tout entier donnait l'impression d'un peuple atteint de délire collectif à base d'idées de grandeur.

Comme ils nous connaissaient mal ces Allemands, malgré leur pénétration pacifique, malgré l'organisation si vantée d'espionnage! Certes, ils ont pu abuser de notre confiance et installer durant la paix des tranchées dans nos carrières, des plates-formes bétonnées dans nos usines, des dépôts de munitions dans nos canaux, mais, jamais ils n'ont pu comprendre le caractère français. Parce que dans certains de nos romans et certaines pièces de nos théâtres, ils ont vu traiter avec légèreté les liens du mariage, ils nous ont cru privés de toute morale ; parce qu'à la Chambre des députés, ils ont assisté à des discussions âpres et violentes sur la loi de trois ans, ils ont cru que l'amour de la patrie était mort en France. Ils n'ont pas compris que comme tous les sentiments intimes et profonds, cet amour avait une pudeur extrême, et que pour ne pas s'étaler au

©BIUM

grand jour dans notre littérature et dans des manifestations publiques, il n'en restait pas moins ancré et vivace dans tous les cœurs français.

Le magnifique élan qui porta nos troupes d'abord à la frontière, puis qui leur fit gagner les victoires de la Marne, de l'Yser, de la Somme, de Verdun, l'union sacrée qui fit taire si longtemps les dissensions politiques leur fut une véritable révélation et les plongea dans la stupeur.

Des médecins retenus prisonniers en Allemagne contre tout droit, ayant supporté même de la part de confrères allemands, nombre de mauvais traitements, tant au moral qu'au physique, ont pu rendre compte de la modification progressive que subit, suivant les phases de la guerre, l'opinion allemande sur la valeur morale des Français.

Cependant, l'orgueil allemand est loin d'être abattu; ceux qui dirigent l'opinion s'efforcent encore de légitimer leur désir d'hégémonie mondiale par leur supériorité ethnique, kulturale, intellectuelle et morale. « Les Congrès scientifiques cesseront, écrit récemment le professeur Sombard, les échanges scientifiques seront interrompus, tant mieux... ! car dans ces échanges, c'est presque toujours nous qui donnons ! » « Peuple allemand, n'oublie pas, écrit un autre professeur, ne mélange pas ton esprit avec l'esprit impur de ces peuples ». Tel est encore aujourd'hui l'état d'esprit des professeurs des universités allemandes, de ceux qui avant la guerre écrivaient l'histoire de la médecine, sans citer Pasteur, l'histoire de la chimie, en omettant le nom de Lavoisier, et qui dans leurs travaux sur la médecine mentale, oubliaient de citer nos maîtres : Falret, Morel, Magnan — auxquels ils ont tant emprunté. Une telle constatation est de nature à rassurer la conscience de ceux d'entre nous que la radiation des membres associés austro-allemands aurait pu inquiéter.

Cette radiation a été demandée par le Dr Semelaigne avec beaucoup de cœur et de talent. Elle a été votée à la quasi unanimité. Notons que le Dr Stransky, de Vienne, avait réclamé lui-même sa radiation parce qu'il ne pouvait admettre que les compatriotes de Gœthe et de Mozart soient considérés comme des barbares !

©BIUM

Dans le premier semestre 1914, la Société a inscrit à son ordre du jour des questions générales de clinique mentale, répondant ainsi au vœu émis par son président sortant, le Dr Semelaigne, dans son allocution d'adieu.

Dès les premières séances, en effet, une question de très haut intérêt scientifique et social, nous fut posée par le ministre de l'Intérieur. Il s'agissait de donner la définition des termes « affection mentale » et « aliénation mentale ». Le Sénat, à l'occasion de la discussion de la proposition de loi relative aux aliénés, désirait savoir si ces deux termes avaient une signification identique et pouvaient être employés l'un pour l'autre. Une Commission fut nommée et des débats intéressants eurent lieu en séance publique. Il y eut accord unanime pour donner les définitions suivantes : « L'aliénation mentale est une affection mentale durable qui rend le malade dangereux pour autrui et pour lui-même, et qui le porte à troubler l'ordre public. » Cette définition incomplète au point de vue de la psychologie pathologique, faisait intervenir un élément d'ordre purement social ; elle était, en fait, suffisante pour montrer aux législateurs que les deux termes n'étaient pas synonymes et que l'état d'aliénation mentale exigeait des mesures particulières de protection et d'assistance.

Certains de nous voulurent aller plus loin en établissant au point de vue de l'assistance, une distinction entre les aliénés dangereux pour eux-mêmes seulement, et ceux qui constituent un danger pour les autres.

Notre réponse au ministre dépassant légèrement les limites de la question posée contint en outre, les desiderata suivants :

1° Que l'internement par autorité judiciaire ne soit appliqué qu'aux aliénés dangereux pour les autres.

2° Que les aliénés dangereux pour eux-mêmes et susceptibles de troubler l'ordre public, soient internés par de simples mesures administratives analogues à celles que la loi de 1838 a prescrites.

3° Que les malades non aliénés, atteints d'affections mentales variées aient droit, eux aussi, à l'assistance obligatoire.

Une seconde question très intéressante, traitée dans nos séances, fut celle de la limitation de la démence.

©BIUM

Déjà, le 26 janvier, à propos d'une communication antérieure sur la démence épileptique, notre collègue Trénel avait insisté sur certains caractères de cette démence : ralentissement des processus psychiques ; troubles particuliers du langage, qu'il désignait sous le nom de paliphrasie et de paligraphie ; il avait ainsi amorcé une discussion intéressante.

Mais ce furent MM. Toulouse et Mignard qui dans les séances d'avril, mai, juin, posèrent nettement la question, dans une communication très étudiée, intitulée : « *Comment caractériser et définir la démence.* » L'opportunité de cette discussion était indiscutable, car depuis quelques années, surtout à propos de la démence précoce, le terme « démence » avait perdu toute précision. Pour la plupart des aliénistes français, cependant, il avait conservé la signification que lui avait donnée Esquirol : affaiblissement chronique définitif de l'intelligence, de la volonté et de l'affectivité. L'affaiblissement de l'intelligence se traduisant d'abord par la perte des plus hautes facultés ; induction et déduction qui permettent de prévoir et de combiner, puis par la disparition progressive de l'observation et des mémoires, l'affaiblissement du caractère se manifestant par l'apathie et la suggestibilité, puis par l'amoindrissement du pouvoir inhibiteur de la volonté, donnant lieu à l'irritabilité et à l'impulsivité ; l'affaiblissement de l'affectivité se caractérisant par la disparition progressive des sentiments altruistes et désintéressés, ne laissant survivre que les sentiments égoïstes.

Les démences sont plus ou moins électives, mais toutes comportent un pronostic fatal, la déchéance pouvant s'arrêter mais non rétrocéder.

A cette conception large de la démence, MM. Toulouse et Mignard proposent de substituer une conception beaucoup plus étroite, n'englobant que les plus hautes facultés intellectuelles ; ils définissent ainsi la démence : déchéance habituelle et chronique de la spontanéité intellectuelle survenant au milieu d'autres symptômes variés et non nécessaires de troubles mentaux établis après l'enfance. La perte de la spontanéité intellectuelle ou de la faculté d'invention, leur paraît le symptôme le plus constant de l'état de démence, symp-

©BIUM

tôme qui deviendrait ainsi un élément de pronostic du plus grand poids.

M. Dupouy, répondant à M. Mignard, contesta le caractère pathognomonique de la déchéance de la spontanéité intellectuelle, qui, dit-il, en dehors de la démence, s'observe dans la confusion mentale, dans la mélancolie, dans certains délires chroniques et qui, par contre, manque dans certains cas de démence vésanique et de paralysie générale. D'autre part, il critique les qualificatifs d'habituel et de chronique, attribués à la déchéance de la spontanéité intellectuelle et par suite de la démence. A son avis, les symptômes démentiels peuvent rétrocéder. Cette opinion sur la curabilité de la démence fut acceptée par M. Mignard.

Cette discussion non achevée et qui devra être reprise après la guerre, montre que la phrase si souvent prononcée et écrite : « tel délire évolue vers la démence », n'a plus pour tous, la même signification. Elle montre aussi combien seraient nécessaires en psychologie des définitions précises et unanimement acceptées. Mon prédécesseur et ami M. Klippel a déjà insisté avec force sur l'importance primordiale des définitions, et il a déclaré que c'est à notre Société qu'incombait le devoir de définir et de classer. Nulle Société, en effet, de par la compétence de ses membres, n'est plus autorisée que la Société médico-psychologique.

Une autre discussion d'ordre général fut amorcée à notre dernière séance de juillet 1914. MM. Briand, Truelle et moi, nous vous avons apporté un essai de classement syndromique et étiologique des états d'aliénation mentale. Cet essai fait en dehors de toute doctrine psychologique nous avait été inspiré par le désir de faire une œuvre surtout pratique. En substituant à une classification des maladies mentales, qui suppose l'existence d'entités morbides définies, acceptées par tous, une double énumération des syndromes mentaux, d'une part, et des causes étiologiques, d'autre part, notre but était de permettre aux aliénistes d'établir des statistiques comparables et par suite utilisables.

Actuellement, les statistiques établies par des médecins ayant des doctrines psychiatriques différentes, demandées par des administrations qui imposent des

©BIUM

classifications diverses, sont vouées à la stérilité. L'intérêt, cependant, est grand au point de vue de l'assistance des aliénés de connaître les formes les plus fréquentes des affections mentales.

Au point de vue de l'hygiène sociale et de la prophylaxie, l'intérêt est plus pressant encore de connaître les facteurs étiologiques de la folie.

Notre premier tableau énumère les syndromes mentaux sur lesquels tous les observateurs sont d'accord; le second met en évidence le rôle néfaste, non seulement sur les aliénés mais sur leurs ascendants, des intoxications et des infections ; il permettrait, sans doute, de faire ressortir le nombre des victimes directes ou indirectes de l'alcool et de la syphilis, et de cette façon, il contribuerait à inciter les pouvoirs publics à une intervention plus directe, à l'application sévère des lois d'hygiène publique, susceptibles de prévenir le mal et de tarir les sources toxiques et infectieuses ; il serait moins dispendieux et moins difficile, semble-t-il, de prévenir le mal que de traiter ses victimes.

En dehors de ces trois grands sujets, l'activité scientifique de notre Société s'était manifestée par des communications diverses que je ne ferai qu'énumérer rapidement :

Débilité mentale et délire chez les trois enfants d'un déséquilibré alcoolique, par MM. Leroy et Juquelier;

Un délirant mélancolique qui se transforme en un délirant persécuté, par MM. Hérisson-Laparre et Pruvost;

Du sort des aliénés en Normandie avant 1789, — *aliénés méconnus et condamnés, observés à l'asile de Pontorson de* 1830 *à* 1837, par M. Wahl;

Un cas d'épilepsie mentale pure, par le Dr Parot, de Tunis;

Un cas d'hallucinose, par M. Th. Alla Jouanine.

Un cas de surdité verbale, par MM. J. Hamel et Walter, Sable.

Depuis le mois de mars dernier, notre Société a repris ses séances régulières ; nos réunions ont été moins nombreuses, mais les membres qui ont pu y assister, ont eu à cœur de montrer sa vitalité en apportant des communications intéressantes et nombreuses.

©BIUM

De ces travaux, les uns concernent la médecine mentale pure, les autres se rapportent à la psychiatrie de guerre.

Parmi les premiers, je citerai les communications de MM. Lwoff et Targowla: 1° *Un cas de gomme syphilitique du cerveau, troubles somatiques et état mental*, observation très complète, qui sert de prétexte à une véritable revue générale de nos connaissances sur les syphilomes du cerveau; 2° *Présentation d'un malade manifestant le syndrome d'échopraxie associé à la dissociation psychique.* Les travaux de M. Truelle et Mlle Bouderlique: le premier se rapportant à des recherches très intéressantes sur le *réflexe oculo-cardiaque dans la démence précoce des jeunes gens*; l'inversion ou l'absence de ce réflexe (trente fois sur quarante) est beaucoup plus fréquente que sur les autres aliénés ; le second concernant l'observation d'un sarcome endothélioma-teux. Enfin, une observation de M. Nordman concernant une *psychose post-typhique évoluant vers la démence précoce.*

Des communications se rapportant à la médecine mentale de guerre nous ont été faites par nos collègues des centres de psycho-névroses et de psychiatrie de Maison-Blanche et de Villejuif.

MM. Laignel-Lavastine et Courbon ont étudié devant nous les *stéréotypies de la marche, de l'attitude et de la mimique avec représentation mentale professionnelle, consécutive aux émotions de la bataille.*

Ils ont également traité, dans une seconde communication, *de la simulation des troubles fonctionnels du système nerveux par les débiles mentaux*, et nous ont montré que cette simulation, qui est plutôt une exagération maladroite de troubles réels ou ayant existé, est sans danger pour la discipline, car elle est facile à dépister par son invraisemblance et souvent même son ridicule.

M. H. Colin nous a apporté la démonstration que les imbéciles sont inutilisables à l'armée et que même ils y constituent un danger constant. Il nous a, dans un autre travail, donné une observation d'un paralytique général qui avait été maintenu dans le service armé, grâce à des examens insuffisants de médecins, étrangers à la psychiatrie.

©BIUM

M. le Dr Witry nous a fait un récit émouvant de son séjour à la forteresse de Metz pendant les premiers mois de la guerre.

M. Raffegeau nous a présenté un blessé, porteur d'un séton du crâne, par balle.

MM. Nordman et Bonhomme nous ont donné une excellente description clinique des caractères essentiels de la commotion cérébrale, basée sur les observations faites dans le service de notre collègue Pactet.

MM. Nordman et Bonhomme ont provoqué une intéressante discussion, en étudiant l'*utilisation des indisciplinés en temps de guerre*; la question fut maintenue à l'ordre du jour, soumise à une Commission spéciale, qui confia au Dr Haury la tâche de faire un rapport à ce sujet. Les conclusions de ce rapport, acceptées par nous, à l'unanimité, aboutirent au vœu suivant :

« Que des compagnies franches ou troupes de choc soient créées, dans lesquelles seraient admis des sujets indisciplinés ayant subi l'examen d'un médecin aliéniste ».

Comme corollaire de ce premier vœu, un second fut émis : « Que des centres psychiatriques distincts, dirigés par des médecins aliénistes qualifiés, soient créés dans chacune des régions et que les aliénistes mobilisés soient utilisés d'après leur compétence spéciale ».

Déjà la Société médico-psychologique, qui ne pouvait rester indifférente au sort de certains de ses membres mobilisés, avait demandé que les médecins-chefs des asiles publics d'aliénés, nommés au concours et mobilisés, bénéficient des dispositions des décrets du 31 décembre 1915 relative à la promotion des médecins des hôpitaux.

Notre bureau a obtenu du sous-secrétaire d'État, une audience où ces différents vœux ont été exposés. Tous n'ont pas été réalisés, mais il est permis de croire que la démarche de notre bureau n'a pas été étrangère à l'utilisation d'un certain nombre d'entre nous dans des centres de neuro-psychiatrie.

Notre Société a élu quatre membres correspondants : MM. G. Collet, Courbon, Demay, anciens internes de nos service et déjà aliénistes réputés, dont les travaux et les qualités personnelles sont appréciées de nous tous; le Dr Haury, médecin-major de 1re classe qui, depuis

©BIUM

plusieurs années, a publié d'intéressantes études sur les aliénés et surtout les déséquilibrés incorporés dans l'armée.

Des médecins étrangers ont sollicité et obtenu de vos suffrages le titre de membres associés étrangers ; parmi eux, nous comptons une grande majorité de médecins italiens : MM. les Drs Marco-Bacelli, Ferdinand Cazzamali, Emilio Padovani, Maragnani, Lévi Bianchini, Arrigo Tamburini ; nous saluons avec émotion nos collègues italiens et dans l'empressement qu'ils ont mis à se joindre à nous dès 1914, nous voulons voir le prélude du grand mouvement qui a poussé l'Italie à se joindre à sa sœur latine pour la défense des principes de liberté et de droit.

M. le Dr Van der Kolk, de Leyde, a été élu membre associé étranger.

Le prix Aubanel fut attribué à MM. Ducostet et Salomon.

Le prix Semelaigne, à M. H. Le Savoureux.

Le prix Belhomme, à M. Naudacher.

Le prix Moreau, de Tours, à M. G. Petit.

A la suite des récompenses décernées par notre Société pour des travaux scientifiques de temps de paix, je suis fier d'avoir à citer les croix de guerre gagnées sur le front par nos collègues et par nos élèves. En première ligne, je tiens à signaler la croix de notre collègue et ami Trénel, qui a demandé le poste le plus dangereux, celui de médecin de bataillon, alors que son âge et son état de santé semblaient le désigner pour un poste de l'arrière. Je ne ferai que donner les noms des autres collègues dont certains ont obtenu plusieurs citations : G. de Clérambault qui a reçu la croix de la Légion d'honneur, Fr. Adam, Beaussard, Voivenel, Hannard, G. Petit, Usse, Arsimoles, Sauvage, Gassiot, A. Gilles, Abély, Hérisson-Laparre, Cornet, et certainement cette liste est déjà incomplète ; qu'ils reçoivent toutes nos chaleureuses félicitations.

J'adresse aussi notre souvenir ému à nos collègues Marchand et Joseph Charpentier qui, retenus prisonniers en Allemagne, nous ont été rendus. Qu'ils sachent bien que nous avons toujours compati à leurs souffrances durant leur inique captivité.

©BIUM

Certains collègues ont été blessés plus ou moins grièvement : Drs Marie, Adam, Cornet, De Clérambault. Je crois savoir que tous sont actuellement remis de leurs blessures ; nous leur adressons nos cordiales félicitations.

Notre Société déplore plusieurs victimes de la guerre : notre excellent ami et collègue Boissier, qui depuis si longtemps faisait partie de notre bureau, avait déjà son fils prisonnier en Allemagne ; bien que dégagé de toute obligation militaire, il a demandé à servir comme médecin-major dans un régiment de zouaves, il a trouvé une mort héroïque devant Verdun, le 27 février. Que sa famille trouve ici l'expression de la grande part que nous avons prise à son deuil et qu'elle reçoive l'assurance que le souvenir glorieux de Boissier se perpétuera parmi nous.

Lucien Libert auquel notre collègue Sérieux a consacré un superbe article dans nos *Annales*, a succombé le 22 février 1916 à une fièvre typhoïde, contractée en Serbie.

Les Dr Hannard, médecin-adjoint d'Armentières et Toutée, interne à l'asile de Vaucluse, ont trouvé dans les tranchées, le germe de la maladie qui les a emportés. Honorons le souvenir de ces victimes de leur dévouement patriotique.

Enfin, comme toujours, la mort fait des vides dans nos rangs ; cette année elle a choisi les meilleurs : le Dr Magnan, le grand maître de la psychiatrie française ; le professeur Gilbert Ballet, auxquels déjà notre secrétaire général a rendu hommage ; le Dr Taule, ancien directeur de Sainte-Anne, et parmi les membres associés étrangers, Sir Thomas Clouston et Serge Soukhanof.

Je m'excuse, Messieurs, d'avoir retenu si longtemps votre attention ; je vous remercie encore de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à la présidence de notre Société. Je laisse le fauteuil à M. le Dr Chaslin, dont la valeur scientifique indiscutée nous est un sûr garant de l'autorité avec laquelle il saura diriger nos débats. Puisse l'année de sa Présidence être celle de la Victoire et de la Paix !

Je prie mon bon ami Colin, de bien vouloir prendre place au bureau.

©BIUM

M. CHASLIN. — Messieurs, notre cher président sortant et son prédécesseur immédiat, mon vieux camarade Semelaigne, avaient, lors de leur installation à ce fauteuil, respecté les anciennes traditions et prononcé de très brèves allocutions. Il me sera facile d'en faire autant. Mais j'aurai plus de peine à suivre les autres excellents exemples qu'ils ont donné pendant leurs présidences : heureusement pour moi que vous n'y comptez pas.

Tout d'abord, je vous remercierai de l'honneur que vous avez bien voulu me faire. J'attache d'autant plus de prix à ce couronnement de ma carrière déjà longue d'aliéniste qu'il a été une surprise pour moi : je n'y aspirais pas. Mais, à côté de l'honneur, laissez-moi apprécier surtout la marque d'estime et de sympathie que vous m'avez donnée, et laissez-moi ajouter que c'est surtout de cela que je suis touché, mes chers collègues, et dont je vous remercie très sincèrement et très cordialement.

Messieurs, Pasteur a dit : « La science n'a pas de patrie, mais le savant en a une. » Il en est de même de la médecine et du médecin. Les tragiques événements qui nous oppressent nous rappellent tous les jours cette vérité. Vous me permettrez, en prenant la présidence en de pareils moments, de saluer respectueusement la mémoire de ceux d'entre nous qui sont tombés glorieusement au service de la patrie et d'envier notre président sortant et nos autres collègues qui ont le privilège, sous l'uniforme, d'apporter directement leur collaboration à la défense nationale et dont plusieurs ont été blessés ou faits prisonniers.

Malgré nos deuils et nos angoisses, malgré tout, nous devons, à l'arrière, continuer avec sérénité notre tâche propre. La Société médico-psychologique doit préparer la reprise de son travail normal : apporter sa contribution à la part française de la science des troubles mentaux. Vous rappellerai-je, en passant, que cette part française a été assez belle depuis de longues années pour que nous n'ayons rien à craindre de la comparaison avec celle de nos ennemis, auxquels nous rendons pourtant justice, car nous savons rendre justice à nos ennemis, si même parfois quelques-uns d'entre

©BIUM

nous ne vont pas jusqu'à un peu de partialité en faveur de ceux-ci, comme c'est arrivé, dit-on, avant la guerre.

Continuons donc, mes chers collègues, à travailler. Il faudra même travailler plus que jamais pour être dignes de notre victoire. Il faudra travailler plus que jamais pour résister à la concurrence effrénée que nos ennemis se proposent de nous faire, même vaincus, dans tous les domaines. Et puisque, malheureusement, cette guerre a suscité des problèmes à la fois scientifiques et pratiques de médecine mentale, ne croyez-vous pas que notre Société, probablement plus compétente que d'autres en cette matière, pourrait commencer à les étudier dans tout leur ensemble, je veux dire étudier les rapports des troubles mentaux avec la guerre tant pour les militaires que pour les civils, avec toutes leurs conséquences biologiques et sociales? Nous avons d'ailleurs déjà abordé par fragments ce vaste sujet.

Voilà, mes chers collègues, tout ce que je voulais vous dire.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

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

2° Une lettre de M. Alexandre Pâris, médecin en chef de l'asile de Maréville, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société. — Commission : MM. Lwoff, Mignot et Truelle, rapporteur.

Jean-Pierre Falret et la psycho-pathologie générale,

par M. R. MOURGUE.

L'histoire de la médecine, si délaissée aujourd'hui, n'est pas ce que l'ont fait certains auteurs, un passe-temps d'érudit. Si, en effet, les données de l'observation et surtout les techniques changent sans cesse, il n'en est pas de même des méthodes intellectuelles d'investigation scientifique, qui, elles, semblent à peu près immuables comme l'esprit humain lui-même. C'est ce

©BIUM

que nous allons essayer de montrer par l'examen de la conception que se faisait un de nos grands aliénistes français des problèmes les plus généraux de la psychiatrie.

Falret nous a laissé une sorte d'autobiographie scientifique du plus haut intérêt, dans l'état actuel de notre spécialité que M. Ritti, dont on connaît les belles études historiques, n'a pas hésité à qualifier de véritable *Discours de la méthode* en psychiatrie (1). Comme on le sait, Falret a médité longuement sur la méthode à suivre dans l'étude des maladies mentales ; vivant à une époque où la découverte des lésions de la paralysie générale avait été une révélation et avait fait concevoir les plus ambitieuses espérances, il était naturel qu'il commençât par ce qu'on pourrait appeler la *phase anatomique*. Nous n'y insisterons pas ; Falret nous dit lui-même avec son grand bon sens : « Nous arrivâmes peu à peu à comprendre que ces lésions, quelque importantes qu'elles fussent, ne pouvaient suffire pour expliquer scientifiquement la diversité si grande et les nuances si délicates des phénomènes psychiques chez les aliénés (2) ».

C'est alors qu'il se demanda si la psychologie ne pourrait lui fournir le fil conducteur que l'anatomie pathologique, d'ailleurs si rudimentaire à son époque, ne pouvait lui donner. Ici, nous touchons à un point particulièrement intéressant de l'histoire des idées, parce qu'il nous permettra de comprendre en partie l'ostracisme, d'ailleurs justifié, sinon, bien entendu, en droit, du moins au point de vue historique, dans lequel les psychiatres ont tenu longtemps la psychologie.

Falret chercha donc les matériaux qui devaient donner une assise à ses recherches dans la littérature psychologique de son temps ; il consulta surtout les travaux de l'école écossaise : « Nous cherchâmes, dit-il, à nous pénétrer de leurs doctrines et nous rédigeâmes une psychologie à notre usage, des-

(1) Ritti, *Histoire des travaux de la Société médico-psychologique et éloges de ses membres*. Paris, Masson, 1914, t. II, p. 457.

(2) Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales*. Paris, Baillière, 1864, p. VI.

©BIUM

tinée à éclairer la connaissance des lésions psychiques constatées dans les diverses formes de maladie mentale (p. VI) ». Falret n'était d'ailleurs pas le seul à avoir entrepris une aussi chimérique entreprise ; il cite lui-même Parchappe, Voisin, Renaudin, Delasiauve, Billod : « Nous ne reculâmes, nous dit Falret, devant aucun effort..., et nous poursuivîmes chez les aliénés, à l'état pathologique, la recherche minutieuse des lésions de la mémoire, de l'association des idées, du jugement, et même de l'abstraction, en un mot, de toutes les facultés reconnues par les psychologues à l'état normal, et dont nous devions retrouver les lésions isolées ou complexes à l'état maladif. Pendant une quinzaine d'années environ, nous avons persévéré dans cette voie scientifique. Nous étions persuadé que si, dans la pathologie ordinaire, la physiologie devait éclairer la médecine, il appartenait à la psychologie normale d'éclairer à son tour la médecine mentale. » (P. VII.) Remarquons qu'ici la médecine mentale ne faisait que suivre une tendance qui se manifestait depuis Broussais en médecine générale, nous voulons parler de ce qu'à cette époque on appelait un peu prétentieusement la *médecine physiologique*.

Si la proposition énoncée est juste en théorie, l'histoire nous montre qu'elle n'a peut-être jamais reçu une application satisfaisante, pour la bonne raison que la physiologie n'était pas, à cette époque, une science suffisamment avancée pour répondre aux questions si complexes que pose la clinique.

Falret eut le grand mérite, et nous verrons que le problème est tout d'actualité, de voir que l'application à la psychiatrie d'une psychologie fondée uniquement sur des spéculations philosophiques (rappelons-nous qu'il s'était adressé surtout à l'école écossaise) était une grave erreur. C'était partir de données tout à fait artificielles, je veux dire de la psychologie des *facultés*, qu'on essayait, tant bien que mal, d'adapter aux résultats de l'observation clinique ; c'était se mettre volontairement un bandeau devant les yeux : « On emprunte aux psychologues, nous dit Falret, leurs divisions et subdivisions de facultés, pour en faire le préambule obligé de la symptomatologie des maladies

©BIUM

mentales. On fait à l'avance un classement méthodique de ces facultés, et l'on recherche ensuite chez les aliénés les altérations correspondantes à chacune de ces divisions, ou même aux différents temps d'un même phénomène.

« On se livre ainsi à un travail tout artificiel, qui consiste à trouver une lésion de faculté, pour la mettre en parallèle avec chacun des actes de cette faculté à l'état normal (p. VIII) ».

Falret a d'ailleurs fait à cette méthode qui, on s'en souvient, avait été la sienne, de son propre aveu, durant une quinzaine d'années, l'objection capitale, qui est, d'ailleurs, en même temps, la condamnation de la psychologie des *facultés*. Ce n'est donc pas Taine, dans son livre *De l'Intelligence* (1870), comme on a l'habitude de le dire, qui en est l'auteur. Voici en effet ce que nous dit l'aliéniste français : « On scinde par une rupture violente tous les phénomènes qui sont habituellement réunis dans la nature. On arrache un fait psychique à tout son entourage pour le faire figurer dans une même catégorie, à côté d'autres faits qui en sont naturellement séparés. On sépare donc ce qui est réuni, et on réunit ce qui est séparé. On rompt les rapports naturels des choses. On rapproche, par un seul point de contact, des faits qui diffèrent à tous les autres points de vue. On fait du système et non de la méthode naturelle. » (p. IX.)

L'observation des aliénés lui avait montré que la vue synthétique des phénomènes psychiques et leur évolution est le problème central de la médecine mentale : « En important la psychologie dans la médecine mentale, on détruit tout ce qui constitue essentiellement la maladie, c'est-à-dire l'ensemble des faits connexes et leur ordre de succession : on efface toute idée de marche et de coordination des phénomènes. On supprime la maladie pour ne plus voir que le symptôme, et l'on supprime le symptôme complexe pour ne plus voir que le symptôme isolé.

« Ainsi, en résumé, au lieu de remonter à la lésion initiale des facultés dans les maladies mentales, le médecin spécialiste doit s'attacher à l'étude des états psychiques complexes tels qu'ils existent dans la nature.

©BIUM

Telle est la conclusion à laquelle nous sommes arrivés en définitive, et qui représente la troisième phase de notre vie scientifique, à laquelle nous donnons le nom de phase clinique. » (P. x.)

Cette évolution des idées de Falret est des plus intéressante, tout aussi intéressante que celle des éditions successives de la *Psychiatrie* de Kraepelin, dont nous ne nions d'ailleurs pas l'intérêt ; et nous ajouterons tout aussi d'actualité. C'est ce que nous allons montrer rapidement ; mais qu'il nous soit permis auparavant d'insister sur la grande probité intellectuelle du grand aliéniste français. On s'est extasié sur l'aveu des erreurs de diagnostic que Kraepelin a rapporté dans les éditions successives de sa *Psychiatrie* ; ne faut-il pas un courage plus grand et une pénétration intellectuelle d'une rare puissance pour se libérer entièrement d'une méthode à laquelle on s'est voué tout entier pendant quinze ans ?

La critique de la *méthode psychologique* par Falret est d'une rare pénétration parce qu'elle ne visait à rien moins, ainsi que nous allons y insister, qu'à introduire la considération de la synthèse psychique là où les psychologues de l'époque faisaient les coupures artificielles que l'on sait. Mais cette réaction salutaire semble bien avoir été l'objet d'un malentendu et l'origine d'un ostracisme injustifié à l'égard de la psychologie ; remarquons, en effet, que ce que Falret a répudié, c'est l'application d'une *psychologie philosophique*, non celle d'une *psychologie expérimentale*, qui n'existait pour ainsi dire pas encore à cette époque.

D'ailleurs, Falret était un esprit sans préventions, ennemi de tout système, et il n'hésite pas à écrire : « Assurément, nous considérons toujours l'anatomie pathologique et la psychologie normale, comme pouvant fournir d'utiles auxiliaires à notre spécialité, mais nous ne pensons plus comme autrefois qu'elles suffisent, l'une ou l'autre, à l'explication rationnelle des phénomènes des maladies mentales. » (P. x.)

La *phase clinique* de Falret n'est pas autre chose que la substitution d'une observation psychologique concrète à l'application des données artificielles de la psychologie philosophique. Ici, Falret a émis des résul-

©BIUM

tats généraux qui sont particulièrement remarquables parce qu'on a beaucoup insisté sur eux dans ces dernières années : « Nous sommes convaincus que l'on n'arrivera à une étude et à un classement scientifique des variétés de l'aliénation partielle qu'à la condition expresse de fixer son attention sur ce que nous appelons le *fond* de la maladie, qui existe chez tous et à toutes les périodes, mais qui est surtout facile à observer au début et dans les paroxysmes, au lieu de borner son examen aux idées prédominantes, ou aux sentiments exclusifs, qui sont la partie saillante de l'affection mentale et qui peuvent varier, se modifier ou se transformer, pendant son cours, sans qu'elle change pour cela de nature ou de caractère ! » (P. XXXIX.)

Cette méthode psychologique excellente qui consiste à rechercher le « *fond de la maladie*, » comme dit Falret, est celle-là même qu'a suivi M. le professeur Dupré dans le développement qu'il a donné à la « *notion des constitutions morbides*, » qu'il a développée avec tant de profondeur en particulier à propos de la *constitution émotive*. C'est aussi par exemple celle qui a été suivie par MM. Toulouse et Mignard, dans leurs études si intéressantes sur les troubles de l'*autoconduction*. Falret attachait aussi une grande importance à l'*évolution* des maladies mentales ; comme Kraepelin le redira plus tard, le *mode de terminaison des psychoses* est le stade de la maladie le plus intéressant à étudier.

A ce sujet Falret a posé un problème tout d'actualité : celui de l'existence de la démence vésanique, que M. le Dr Toulouse a résolu, comme on le sait, par la négative : « Il importe beaucoup de ne pas confondre, sous le titre si vague et si mal défini de *déments*, tous les aliénés arrivés à la période de chronicité, quelle que soit d'ailleurs la diversité de leur état mental. C'est une grave erreur de croire que toutes les formes des maladies mentales aboutissent nécessairement à un type uniforme qui mériterait le nom de démence. *Chaque espèce particulière a son mode de terminaison qui leur appartient*, qu'il importe d'étudier et de décrire séparément, et l'on voit dans les asiles beaucoup d'aliénés dont la maladie a déjà une date ancienne, qui néanmoins conservent assez d'activité dans l'esprit

©BIUM

pour ne pouvoir pas être classés dans la démence. Nous donnerons provisoirement à ces états psychiques, qui ne sont plus des états aigus, et qui cependant ne peuvent être légitimement rattachés à la démence, le nom générique d'*aliénation mentale chronique*. » (P. XXXIX.)

Remarquons dans le passage précédent, si remarquable sous tous les rapports, la prudence de Falret, qui se contente d'une dénomination provisoire, toute symptomatique, mais qui se garde bien de créer des types. C'est que notre grand aliéniste, après avoir vivement combattu la conception artificielle des *monomanies*, en était arrivé à cette idée, que l'*anarchie psychiatrique* (Arnaud) de ces dernières années a suggéré à beaucoup de contemporains, que la seule tâche utile, en attendant de pouvoir élever de vastes synthèses sur des assises solides, est l'étude des *individualités morbides*. Si on eût écouté le conseil donné par Falret en 1864, quels progrès n'eut certainement pas fait la psychiatrie? La recommandation suivante est toute d'actualité : « Puisque les types aujourd'hui existant dans la science sont tout à fait imparfaits et insuffisants, comment arriver à la création de types nouveaux, si l'on ne fait pas abstraction des caractères généraux qui servent aujourd'hui à rapprocher artificiellement les faits, pour étudier avec soin, dans tous ses détails, chaque *individualité maladive*? Autant ce procédé est défectueux en lui-même, lorsqu'une science est arrivée à un haut degré de perfectionnement, puisqu'il tend à fixer l'attention sur des différences individuelles et à l'éloigner de la recherche des phénomènes communs, autant il est indispensable lorsqu'une science est encore à son début. C'est alors un moyen précieux pour se soustraire aux influences dangereuses de classifications arbitraires, et pour conduire à la découverte des caractères vraiment importants. » (P. 124.)

Falret a bien défini le rôle, particulièrement dangereux pour le progrès de la psychiatrie, des classifications, pourtant indispensables au point de vue pratique : « On se laisse guider, dans l'observation, par les types préalablement connus que fournit l'état actuel de la science ; et comme l'homme n'aperçoit en général que les faits sur lesquels il a le dessein de fixer son attention,

©BIUM

ces caractères communs, que l'on devrait précisément tâcher d'oublier, pour arriver à la connaissance exacte du malade, sont les seuls qui soient remarqués. » (P. 125.)

On voit par là que ce qui doit caractériser pour Falret la méthode de la psychiatrie, ce n'est pas précisément l'*empirisme* (car ce terme a, dans l'histoire de la médecine, un sens plutôt fâcheux), c'est l'*observation critique*, qui doit se débarrasser hardiment de toute autorité de doctrine ou de personne. Nous disons : *observation critique*, car Falret était un esprit scientifique qui savait fort bien qu'il n'est ni possible ni même profitable d'être un observateur passif.

Rien n'est plus juste en médecine mentale où l'exubérance des phénomènes interprétatifs cache ce fond mental dont Falret, par une intuition géniale a proposé l'étude aux psychiatres. De là le conseil si connu qu'il leur donne de ne pas se faire le secrétaire des malades : « Nous vous disons donc : si vous voulez arriver à découvrir les états généraux sur lesquels germent et se développent les idées délirantes, si vous voulez connaître les tendances, les directions d'esprit et les dispositions de sentiments, qui sont la source de toutes les manifestations, ne réduisez pas votre devoir d'observateur au rôle passif de secrétaire des malades, de sténographe de leurs paroles, ou de narrateur de leurs actions, soyez convaincus que, si vous n'intervenez pas activement, si vous prenez en quelque sorte vos observations sous la dictée des aliénés, tout l'état intérieur de ces malades se trouve défiguré en passant à travers la présence de leurs illusions et de leur délire. » (P. 123.)

Enfin Falret montre encore qu'il était vraiment psychologue (il l'était déjà en condamnant la psychologie de son époque), par la recommandation qu'il fait de « ne jamais séparer un fait de son entourage, de toutes les conditions au sein desquelles il a pris naissance, du sol sur lequel il a germé et s'est développé et de toutes les circonstances qui le précèdent, l'accompagnent ou le suivent. » (P. 126.)

Non moins importante également est, dans son esprit, l'observation des *faits négatifs*, c'est-à-dire l'absence

de certaines réactions, dans des conditions où elles devraient normalement se produire chez l'homme normal.

Ainsi, les principes essentiels de l'œuvre de Falret dans l'établissement de la méthode psychiatrique, principes si lentement élaborés, peuvent être caractérisés surtout par le souci d'avoir une vue *génétique* et *synthétique* des phénomènes, grâce à une *observation analytique* aussi exacte que possible.

D'une part, en effet, le grand aliéniste français veut qu'on étudie non les manifestations extérieures des psychoses mais le fond sur lequel elles évoluent et la subordination réciproque des phénomènes; d'autre part, rejetant la psychologie de son époque, il est le véritable précurseur des psychologes d'aujourd'hui, en attirant l'attention sur l'étude de la vie psychique dans toute sa complexité. Falret appartient tout autant à l'histoire de la psychologie qu'à celle de la médecine mentale. Il se rend compte que la psychiatrie est peut-être la plus complexe de toutes les sciences; c'est pourquoi il ne se prive pas du secours de l'anatomie pathologique ni même des données si incomplètes soient-elles, des psychologues de son époque. Baillarger n'avait-il pas emprunté la théorie de l'automatisme à Jouffroy, un des psychologues les plus métaphysiciens de l'école éclectique?

Falret était un esprit positif, dont l'étude, à plus d'un demi-siècle d'intervalle, est encore pleine d'actualité. Nous avons vu quelle était son attitude vis-à-vis de la psychologie de son temps, et vis-à-vis des classifications; il nous est facile, d'après ce que nous avons dit, d'imaginer ce qu'il eût pensé par exemple de la psycho-analyse de Freud, dont la méthode rappelle tellement l'ancienne psychologie des facultés, et dont son clair esprit français eût rapidement dénoncé les sophismes.

DISCUSSION

M. Chaslin. — Je tiens à féliciter M. Mourgue de sa remarquable communication; il nous a montré comment, en puisant dans le domaine historique, on pou-

©BIUM

vait faire revivre maintes questions des plus intéressantes et qui sont toujours à l'ordre du jour.

M. VALLON. — Je m'associe pleinement aux félicitations de M. Chaslin. Je le fais avec d'autant plus de plaisir que cette communication apparaît comme une réaction contre les tendances de ces dernières années. Il est bon d'opposer les larges vues critiques et la saine analyse clinique de Jean-Pierre Falret aux méthodes schématiques et simplistes qui réduisaient presque tous les travaux psychiatriques à la solution — souvent impossible d'ailleurs — de ce dilemme : s'agit-il d'une démence précoce, ou d'une psychose maniaque dépressive?

M. MOURGUE. — Il y aurait en effet plus à dire à ce propos que dans ma communication. La tendance envahissante et étouffante des Allemands était devenue telle que dans un ouvrage récent de Jaspers, il est dit explicitement que la psycho-pathologie générale est une science d'origine essentiellement allemande !

M. CHASLIN. — Jaspers — et c'est une exception chez ses compatriotes — rend cependant hommage, tout à la fin de son volume, à la science psychiatrique française. Il reconnaît en effet que c'est à celle-ci que la science allemande doit tout, puisque le point de départ de tous les travaux allemands provient des travaux français. Kraepelin, par exemple, est loin de consentir au même aveu. Jaspers, il est vrai, prend soin d'ajouter que, grâce à leur plus grande pénétration, les savants allemands ont le mérite d'aller plus au fond des choses.

M. COLIN. — Il est un point de la communication de M. Mourgue que l'on ne saurait trop approuver : c'est celui où J.-P. Falret recommande de ne pas se faire le secrétaire du malade. Il m'apparaît que dans ces dernières années nous avons été submergés d'observations interminables, et qu'il y aurait tout intérêt à recueillir des documents plus condensés et plus scientifiques.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Le Secrétaire des séances,

Dr TRUELLE.

©BIUM

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Légion d'honneur. — M. le Dr E. Régis, professeur de la clinique des maladies mentales à la Faculté de Bordeaux, médecin principal, chef du service central de psychiatrie de la XVIIIe région, est promu officier de la Légion d'honneur.

M. le Dr Paul Voivenel, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Toulouse, titulaire de trois citations comportant l'attribution de la croix de guerre avec étoile d'argent, étoile d'or et palme, qui était déjà décoré au titre civil de la Légion d'honneur, vient d'être admis, *au titre militaire*, au traitement de la pension à laquelle donne droit cette distinction à compter du 25 décembre 1916. Voici en quels termes l'*Officiel* enregistre le fait :

« Voivenel (Paul), médecin-major de 2e classe, territorial, chef de l'ambulance 15/6; chevalier de la Légion d'honneur au titre de la réserve et de l'armée territoriale, par décret du 8 janvier 1914 : officier d'une haute valeur professionnelle; au cours des combats du 21 février au 14 mars 1916, n'a cessé, sous des bombardements d'une violence extrême, de diriger avec un calme parfait et un mépris absolu du danger, la recherche et le transport des blessés. Enseveli pendant huit heures dans son poste de secours, n'a songé, aussitôt dégagé, qu'à mettre ses blessés à l'abri. A déjà été cité. »

M. le Dr Dide (Maurice-Frédéric), médecin-directeur des asiles d'aliénés, médecin-major de 2e classe (territorial) au Centre neurologique de la VIIIe région, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Citations. — Nous enregistrons avec plaisir les citations suivantes :

Le Dr Arsimoles, médecin-major à l'asile départemental de Braqueville, aujourd'hui médecin aide-major de 2e classe, 1er groupe, 6e d'artillerie, déjà porté à l'ordre du régiment, titulaire de la Croix de guerre avec étoile, vient d'être l'objet de la citation au corps d'armée suivante :

« D'une conscience et d'un dévouement au-dessus de tout éloge, a fait preuve d'un grand courage et d'un mépris absolu du danger, dans la période du 4 au 20 octobre 1916, en traversant à plusieurs reprises une zone violemment bombardée, pour

©BIUM

porter immédiatement secours aux blessés. Dans la nuit du 19 au 20 octobre 1916, les trois batteries de son groupe étaient soumises à un bombardement intense d'obus suffocants, n'a pas cessé de parcourir la position du groupe pour s'assurer que toutes les mesures de protection contre les gaz étaient prises et pour recommander à tous l'immobilité et le repos, repos qu'il n'observait pas lui-même au risque de compromettre sa santé, a réussi ainsi à préserver entièrement le personnel du groupe contre les effets nocifs du gaz. »

M. le Dr A. Pâris, médecin en chef de l'asile de Maréville, veut bien nous communiquer — ce dont nous le remercions vivement — les citations suivantes qui font suite à celles qu'il nous a données précédemment et que nous avons insérées dans le dernier numéro des *Annales* :

M. le Dr Edmond Aubry, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Lô, médecin aide-major de 1re classe : « A fait preuve de dévouement et d'initiative parfaits, notamment dans deux missions difficiles, et a pu éviter ainsi que de nombreux blessés ne tombent aux mains de l'ennemi. A Fosse, le 22 août 1914, a recueilli et évacué plus de cent blessés. A Marle, les 29-30 août 1914, resté à l'hôpital après le départ de nos troupes, a traité et évacué plus de deux cents blessés avant l'arrivée imminente de l'ennemi. Excellent médecin, a rendu journellement les plus grands services à l'ambulance. » (Croix de guerre).

M. le Dr Philibert Dubois, ancien interne de l'asile d'aliénés de Maréville-Nancy, médecin aide-major : « Venu au parc du génie du 33e C. A., du 25e régiment territorial d'infanterie, où il remplissait, dans un secteur particulièrement dangereux, les fonctions de médecin de bataillon, a assuré avec un zèle soutenu et une compétence remarquable, non seulement le service médical du parc, dont l'effectif a atteint 600 hommes, mais aussi de nombreuses unités voisines (1.000 à 1.200 hommes), a réussi à maintenir un état sanitaire très satisfaisant, malgré les fatigues éprouvées par un personnel choisi parmi les classes les plus anciennes. » (Croix de guerre).

M. Martin (Louis), interne à l'asile d'aliénés de Maréville-Nancy, médecin aide-major de 2e classe (Croix de guerre). Citations communiquées depuis la publication du numéro précédent des *Annales* :

1° 4e *Régiment de zouaves. Ordre du régiment n°* 110 : « A montré un très grand courage joint au plus grand dévouement au cours des combats devant Lizerne et Steenstraëte du 23 au 27 avril 1915. » — Le lieutenant-colonel commandant le 4e zouaves, X...

2° *Génie de la* 38e *division. Ordre de la brigade n°* 261 :

©BIUM

« Pendant les journées du 24 au 29 octobre 1916, s'est dépensé sans compter, de jour et de nuit, pour donner ses soins aux blessés qui affluaient à son poste de secours. A sauvé ainsi la vie d'un grand nombre d'hommes, non seulement du génie, mais particulièrement des corps voisins. » — Le capitaine commandant le génie de la 38e division : X...

M. Munier (André), interne à l'asile d'aliénés de Maréville-Nancy, médecin aide-major de 2e classe au 79e régiment d'infanterie (Croix de guerre). Citation communiquée depuis la publication du numéro précédent des *Annales* :

« Pendant les combats qui se sont livrés du 25 septembre au 5 octobre 1915, a fait preuve des plus brillantes qualités de courage et de résistance. »

Enfin, nous enregistrons avec plaisir la citation suivante obtenue par le médecin-auxiliaire Jean Joffroy, fils de notre regretté collègue et ami, le professeur Alix Joffroy, et pilote aviateur à la Ne (75). Ordre du Ne corps d'armée : « A escorté souvent des observateurs au cours de missions photographiques loin à l'intérieur des lignes ennemies, livrant de nombreux combats et permettant chaque fois à l'avion de photographie de remplir sa mission. »

Nécrologie.

Dr Georges Sandoz. — On lit dans le *Journal de Genève* (numéro du jeudi 8 février 1917) :

« Le Dr Georges Sandoz, directeur de la maison de santé de Préfargier (canton de Neuchâtel), vient de mourir à cinquante-quatre ans, laissant derrière lui une carrière bien remplie.

« Après de solides études en Suisse, en Allemagne et en France, nous écrit notre correspondant, G. Sandoz pratiqua pendant onze ans son art à Dombresson, puis il vint se fixer à Neuchâtel, où il déploya une très grande activité. A côté des soins d'une nombreuse clientèle, il rédigeait les *Feuilles d'hygiène*, était vice-président de la commission cantonale de santé et occupait à l'académie, puis à l'Université, la chaire de médecine légale. De plus, il fut l'ardent champion de la lutte contre la tuberculose, qu'il sut mener à bien par ses publications et ses conférences.

« Premier médecin du dispensaire antituberculeux de Neuchâtel, il s'occupa avec un beau zèle de la question du casier sanitaire des habitations, que la Ville possède maintenant grâce à lui.

« Il y a quelque dix ans, le gouvernement l'avait appelé au poste de directeur de l'hospice cantonal de Perreux, où il se dépensa sans compter et obtint les meilleurs résultats.

©BIUM

« Le défunt était aussi un psychiatre distingué. Il était tout désigné, quand ce poste devint vacant, pour prendre la direction de la maison de santé de Préfargier, où une pneumonie l'a terrassé en quelques jours.

« Georges Sandoz était un homme doux, foncièrement bienveillant, d'un dévouement à toute épreuve à ses amis et à ses malades, et sa vie restera un exemple de probité, de conscience et de philanthropique activité. »

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIUM.

Arrestations de trafiquants d'opium. — On lit dans le *Petit Journal* (n° du mardi 12 décembre 1916) :

La police vient de mettre la main de nouveau sur un des trafiquants les plus connus des milieux spéciaux de Montmartre où sévit la drogue : Alfred Douard, dit « Pépère », soixante-deux ans, demeurant 37, rue du Repos. Pépère, cocaïnomane lui-même, exerçait vaguement la profession de courtier en librairie, mais il se faisait de plus gros revenus en fournissant la « coco » aux jeunes femmes des environs de la place Blanche.

— On lit dans le *Petit Journal* (n° du vendredi 23 janvier 1917) :

La police soupçonnant une ancienne artiste lyrique, Mme Huguette Desprès, née Céline Maretti, âgée de trente-sept ans, de se livrer au trafic de la morphine, cocaïne et autres toxiques, M. Tanguy, chef adjoint de la Sûreté, fit une perquisition au domicile de cette personne, 29, rue Cardinet. Les résultats de l'opération ne furent pas décisifs, mais la surveillance continua.

Parmi les personnes en relations avec Huguette Desprès se trouvait un pharmacien du quartier des Ternes ; M. Tanguy perquisitionna dans l'officine, où il découvrit des ordonnances prescrivant des stupéfiants signées, l'une « Dr Emmanuel Harold », les autres « Dr Bonnet », le directeur de la clinique de la rue de la Chaise. Ces ordonnances étaient fausses. Les auteurs étaient : un photographe de la place Boulnois, M. Gaston Vallières, âgé de cinquante-six ans, et Huguette Desprès.

Depuis dix-huit mois, Gaston Vallières s'approvisionnait de morphine et de cocaïne chez le pharmacien, grâce à l'ordonnance fabriquée. Il a été laissé en liberté provisoire, mais sera poursuivi pour faux, usage de faux et trafic de toxiques.

Au cours d'une seconde perquisition, Mme Huguette Desprès reconnut avoir fabriqué des ordonnances.

Elle est au Dépôt.

Une troisième personne se trouve impliquée dans l'affaire, c'est un soldat, Henri Doublet, que M. Tanguy rencontra hier

©BIUM

chez Mme Huguette Desprès et dans les poches duquel il trouva de la cocaïne; il a été laissé en liberté provisoire, ainsi qu'un quatrième individu à qui le soldat destinait le stupéfiant découvert par lui.

— On lit dans le *Petit Journal* (n° du samedi 10 mars 1917) :

Rue de Liége, 16 *bis*, on arrête pour trafic de cocaïne Maurice Tucknard, vingt-six ans.

Pour se procurer des stupéfiants. — On lit dans le *Petit Journal* (n° du 12 décembre 1916) :

Une femme, nommée Albertine Ferrand, âgée d'une cinquantaine d'années, se piquait à la morphine depuis de longues années. A l'aide de fausses ordonnances elle était parvenue à se faire délivrer par un pharmacien du centre des ampoules de chlorhydrate de morphine pour injections sous-cutanées. Au bout de plusieurs livraisons, le pharmacien surpris de la fréquence des commandes envoya au docteur qui avait signé les ordonnances une demande d'explications. Celui-ci déclara ne pas connaître la personne, et reconnut encore bien moins sa signature. Immédiatement, il porta plainte. Conduite devant le commissaire de police du quartier de la Sorbonne, Albertine Ferrand avoua le faux dont elle s'était servie pour posséder la néfaste drogue. Elle a été envoyée au Dépôt.

— On lit dans le *Petit Journal* (n° du 1er mars 1917) :

Un violoniste, de nationalité roumaine, Alexandre Boscoff, qui fut invité à se faire entendre à la cour de Bucarest, vint à Paris au commencement des hostilités et bientôt fut très connu à Montmartre. Cocaïnomane invétéré, Boscoff fit imprimer des lettres avec en-tête d'un médecin, et confectionna lui-même des ordonnances pour la délivrance de cocaïne; il s'en servit pour son usage personnel et pour celui de ses belles amies. Il vient d'être renvoyé en police correctionnelle par M. Tortat, juge d'instruction.

Devant les tribunaux. — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du mardi 12 décembre 1916) :

Une ex-écuyère, Emilie Benet, dite de Binville, âgée de trente-neuf ans, occupant un hôtel particulier d'un loyer annuel de 4.000 francs, rue du Commandant-Marchand, fut signalée il y a quelque temps à la police comme ayant transformé le 2e étage de son habitation en fumerie d'opium. La descente de police qui y fut faite justifia les renseignements recueillis par l'enquête et l'on y trouva une jeune femme, Germaine D..., âgée de vingt et un ans, endormie par la fameuse drogue.

Emilie Benet a comparu hier devant la 10e chambre correctionnelle, qui l'a condamnée à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende. Son amie, Germaine D..., s'est vu acquitter.

©BIUM

— On lit dans *le Temps* (numéro de vendredi 5 janvier 1917), sous le titre : *Opium et désertion,* le fait suivant :

Le 13 décembre dernier, le soldat Riquet, qui était inculpé de désertion et de falsification de congé, faisait, à l'audience du 2e conseil de guerre de Paris, la déclaration suivante :

« Si je n'ai pas rejoint mon corps à l'expiration de mon congé de convalescence, ce n'est pas ma faute. Je ne suis pas responsable de mon acte. A la fin du mois d'octobre dernier, j'ai fait, dans un café-concert de Montmartre, la connaissance de M. et Mme de Beaufeu, demeurant à Paris, rue de Turin, 12. Ils m'ont attiré chez eux et m'ont fait priser de la cocaïne et fumer de l'opium. Dominé par Mme de Beaufeu, je n'ai plus été qu'un être déchu et sans volonté. »

Le capitaine Montel, commissaire du gouvernement, donna alors au conseil lecture d'un rapport de police, dont voici quelques passages :

« Richard de Beaufeu, mari de la nommée Hartmann (Augusta-Jeanne-Caroline), née le 14 décembre 1874, à Lucerne (Suisse), jouit d'une très grande fortune. Il ne fait rien. Ses rentes lui suffisent. Opiomane invétéré, il passe son temps à fumer cette drogue. Dans son appartement, rue de Turin, 12, était installée une très riche fumerie d'opium et c'est là qu'il s'adonnait à sa passion, avec sa femme. Cette dernière, cependant, en use bien moins que son mari. Mme de Beaufeu est une ex-danseuse du Moulin-Rouge. Elle était connue dans cet établissement sous le nom de guerre de Jeanne d'Alma.

« Un autre militaire a remplacé Riquet auprès de Jeanne d'Alma. A la suite de la fréquentation des époux Beaufeu, ce militaire, sans doute à raison de l'abus des stupéfiants, est devenu malade moralement et physiquement, au point que sa famille, des plus honorables, a fait des démarches auprès de l'autorité militaire pour le soustraire à l'influence des époux Beaufeu, en le faisant partir pour Salonique... »

A la demande du commissaire du gouvernement, un supplément d'information fut prescrit. C'est dans ces conditions que l'affaire revenait hier devant le conseil.

Citée comme témoin, Mme de Beaufeu a opposé aux déclarations du soldat Riquet le démenti le plus formel ; elle a ajouté qu'elle ignorait que l'inculpé fût déserteur.

Enfin, le conseil a condamné Riquet à un an de prison et 100 francs d'amende, non sans que le commissaire du gouvernement eût exprimé son intention d'examiner s'il n'y avait pas lieu de demander au gouverneur militaire de Paris un ordre d'informer contre Mme de Beaufeu.

Fumeries d'opium. — On lit dans *le Temps* (numéro du dimanche 25 février 1917) :

©BIUM

M. Richard, juge d'instruction, vient de renvoyer devant le tribunal correctionnel M. Beaufeu, qui avait installé une fumerie d'opium dans l'appartement qu'il avait loué rue de Turin, et une dizaine de personnes qui fréquentaient cette fumerie.

— On lit dans *le Petit Journal* (numéro du mercredi 28 février 1917) :

M. Tanguy, chef-adjoint de la Sûreté, a perquisitionné la nuit dernière chez M. Jacquier, ancien régisseur de la Renaissance, actuellement à la Scala, demeurant 23, rue Théodore-de-Banville.

Au rez-de-chaussée de son élégante garçonnière, M. Jacquier avait installé une fumerie d'opium. Lorsque le commissaire s'est présenté, plusieurs jeunes gens et jeunes femmes ont essayé de s'éclipser par un escalier de service, mais des inspecteurs veillaient et leur ont coupé la fuite. Lampes, pipes et une certaine quantité d'opium ont été saisies. Les délinquants seront poursuivis pour détention illicite de substance toxique.

— On lit dans *le Temps* (numéro du samedi 17 mars 1917) :

Le service de la Sûreté vient de découvrir à Nice une fumerie d'opium qui était tenue par un nommé Laurenson exerçant, avant la guerre, la profession d'artiste dramatique au Casino municipal, et actuellement mobilisé. La perquisition opérée a amené la découverte d'un attirail complet de fumerie ainsi que d'une réserve d'opium de qualité inférieure ; une pipe a même été identifiée comme appartenant à un jeune avocat bien connu. Cette fumerie était fréquentée, en effet, par plusieurs personnalités très en vue de Nice.

L'instruction de cette affaire s'étend, par commission rogatoire, aux villes de Toulon et Marseille.

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ

Parricide. — On lit dans *le Temps* (numéro du samedi 24 février 1917) :

Un jeune homme de vingt-quatre ans, Joseph Coupat, fils d'un ancien entrepreneur et jouissant d'une belle fortune, vivait avec sa mère dans un vaste immeuble entouré de jardins, à Issoire (Puy-de-Dôme). Bien qu'il eût à maintes reprises donné des signes de dérangement cérébral, on le croyait inoffensif, lorsque ces jours derniers, pris d'un accès de fureur, il tira plusieurs coups de revolver sur sa mère, la blessant grièvement. Le commissaire de police, aussitôt appelé, fit transporter la victime à l'hôpital, où elle ne tarda pas à succomber. Mais pour procéder à l'arrestation du meurtrier, qui s'était barricadé chez lui, les pompiers et les gendarmes durent faire le siège de la

©BIUM

maison. Après deux heures et demie de vaines tentatives, ils réussirent enfin à s'emparer du forcené.

Homicide et suicide. — On lit dans *le Temps* (numéro du samedi 10 mars 1917) :

Un boulanger, M. Charles Collet, trente-cinq ans, demeurant rue Alfred-Durand-Claye, 6, pris subitement de folie, la nuit dernière vers 3 heures du matin, a frappé sa femme d'un coup de couperet au visage, la blessant grièvement. Il s'est ensuite emparé d'un rasoir et s'est ouvert la gorge. Son état est désespéré. Tous deux ont été transportés à l'hôpital Broussais.

Homicide. — On lit dans *le Petit Journal* (numéro du jeudi 18 mars 1917) :

L'auteur du meurtre de l'inspecteur de la sûreté Lugan, le nommé Demay, qui, arrêté, rue Sauffroy, et conduit au poste, tua l'agent, à coups de revolver, le 23 novembre dernier, fut soumis à l'examen du Dr Roubinovitch, médecin-aliéniste. Celui-ci, dans le rapport qu'il a remis au juge d'instruction, M. Gilbert, conclut à l'irresponsabilité totale de Demay. Il va être interné dans un asile d'aliénés.

FAITS DIVERS

Incendie d'asile d'aliénés. — On lit dans *le Temps* (numéro du mercredi 3 janvier 1917) :

Un incendie, qui s'est déclaré dans la nuit de vendredi dernier, a détruit l'asile d'aliénés de femmes de Saint-Ferdinand (comté de Mégandic, Canada). Quarante-six femmes ont été brûlées vives. Un grand nombre d'autres, en essayant de sauter par les fenêtres, ont été blessées.

La gelée a empêché l'usage des pompes.

En sommeil depuis la victoire de la Marne. — Sous ce titre, *le Petit Journal* (numéro du 9 janvier 1917) publie le curieux cas pathologique suivant :

Ce nouvel Épiménide est un nommé Hatman, artiste lyrique, mobilisé dès le début des hostilités au 282e d'infanterie; il est âgé de trente et un ans.

A la bataille de la Marne, l'éclatement d'un obus tout près de lui détermina une commotion qui le fit tomber, sans le blesser. On le crut évanoui; mais, à l'ambulance où on le transporta, on s'aperçut qu'il dormait.

Evacué sur un hôpital de Bordeaux, il fut longuement examiné par les professeurs Pitres et Régis. Le dormeur, qui appartient au recrutement de Brives, est depuis quelques jours à Périgueux, à l'hôpital Sainte-Ursule, centre de réforme de la 12e région. Il n'est pas amaigri; il n'est pas agité : immobile, il dort. On lui fait absorber du bouillon, du lait, des œufs

©BIUM

battus. Sa jeune femme reste près de lui et le veille constamment. Tous les médecins, civils et militaires, se succèdent au chevet de ce dormeur obstiné.

Le Temps, dans son numéro du 17 janvier 1917, annonce que Hatmann a quitté Périgueux pour Paris. Il ajoute : « Depuis quelque temps, ce malade montrait plus de mobilité, détournant la tête lorsqu'il avait assez des aliments liquides dont on le nourrissait et se retournant dans son lit comme un dormeur ordinaire. Il sera examiné, à Paris, par les plus qualifiés des spécialistes, son cas paraissant des plus intéressants. »

Une jeune voyante dit avoir mission de délivrer la France. — Sous ce titre, *le Petit Journal* (numéro du vendredi 9 mars 1917), rapporte le fait suivant :

Il est grand bruit dans cette région de catholicisme profond qu'est la Vendée des visions qu'aurait eues la jeune fille d'un fermier et des voix qu'elle aurait entendues et qui lui enjoindraient de prendre sa part de la lutte contre l'ennemi et de guider nos soldats à la victoire.

Sa renommée a grandi au point d'arriver jusqu'à Paris où la jeune fille se trouve en ce moment.

Mlle Perchaud est une jeune fille de vingt ans qui, jusqu'à présent, vivait dans une ferme, commune du Puy-Saint-Bonnet, à 12 kilomètres de Cholet, pays de foi profonde et tenace. Elle avait toujours manifesté une grande piété et fréquentait quotidiennement une chapelle attenant à la ferme de ses parents, où elle allait faire ses dévotions.

C'est là que le Sacré-Cœur lui est, a-t-elle dit, apparu, en même temps que des voix mystérieuses lui ordonnaient de délivrer la France.

Ces révélations ont causé un grand émoi dans le pays. « Les *Rinfiliers* » — c'est le nom de la ferme — sont depuis ce temps un lieu de pèlerinage pour toute la contrée, et la popularité de la jeune fille est devenue fort grande. Quantité de photographies de soldats sont déposées sur l'autel devant la statue de la Vierge.

Le clergé de la région, qui tout d'abord s'était montré très réservé, s'est finalement ému devant l'importance que prenaient les événements, et l'évêché de Poitiers fut mis au courant de l'affaire; un père de la communauté des Oblats eut une entrevue avec Mlle Perchaud.

Enfin, on décida de la faire venir à Paris : et depuis le début de carême, elle est logée dans une pension de l'avenue Victor-Hugo, tenue par les sœurs de la Sagesse.

©BIUM

Prix de la Société médico-psychologique.

Prix Aubanel. — 1.500 francs. — Question : *Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente.*

Prix Belhomme. — 1.000 francs. — Question : *Étude sur les troubles mentaux consécutifs aux bombardements et aux explosions.*

Prix Christian. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1915 et 1916, dans les Facultés de Médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Il n'y aura pas de distribution de prix avant la fin de la guerre, sauf pour le prix Christian. La date du dépôt des mémoires sera indiquée ultérieurement.

---

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles de France, candidats au prix Christian, devront :
1° Etre de nationalité française;
2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes;
3° Faire parvenir au secrétaire de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.
Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de faculté de sa thèse.
Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.
Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

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

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



V. MAGNAN

SA VIE ET SON ŒUVRE

Par le Dr Paul SÉRIEUX

Médecin des asiles d'aliénés.

Il est des hommes privilégiés qui, grâce à un ensemble, rarement réalisé, de dons éminents, grâce aussi à une harmonie préétablie entre la nature de leurs talents et la tâche à laquelle ils se consacrent, ne tardent pas à conquérir la première place ; de qui l'œuvre, après avoir soulevé les rumeurs de l'envie, l'oblige à se taire, et qui, à l'apogée de leur carrière, investis d'un prestige incontesté, finissent par personnifier pour ainsi dire la science qui est l'objet de leurs travaux.

Cette conjonction de dons — intelligence pénétrante, sens critique développé, puissance de travail, vocation impérieuse, passion obsédante pour la recherche scientifique, compassion profonde pour l'infortune humaine — cette conjonction s'est rencontrée chez le

©BIUM

maître qui vient de disparaître. Sa longue vie n'a pas été seulement vouée tout entière à la science, mais elle fut aussi un véritable apostolat, ennobli par la dignité du caractère, la conscience du devoir et la poursuite d'un idéal élevé.

On essaiera de retracer ici la vie et l'œuvre de ce maître, devenu pour la France, ainsi que pour l'étranger, — et la postérité ratifiera cet arrêt — le représentant le plus illustre de la psychiatrie française à la fin du XIX^e^ siècle.

C'est une belle vie, c'est une belle œuvre, et d'une unité parfaite, que celles de ce grand médecin aliéniste, non moins grand comme réformateur que comme savant. Elles proposent, l'une et l'autre, aux jeunes générations médicales, un modèle digne d'admiration.

Magnan (Jacques-Joseph-Valentin) naquit, le 16 mars 1835, à Perpignan, dans le Roussillon. C'est une région assez limitée du Sud-Ouest de la France qui a donné le jour aux maîtres les plus célèbres de la médecine mentale : le Languedoc et la province limitrophe du Roussillon peuvent, en effet, s'enorgueillir d'avoir pour fils Pinel, Esquirol, J.-P. Falret et Magnan.

Valentin Magnan n'appartenait pas à une famille dont les traditions médicales eussent pu l'orienter vers la profession qu'il a choisie. Né de parents de condition modeste, le goût de la médecine ne lui fut pas suggéré par son entourage, mais imposé invinciblement par sa vocation. Son enfance et sa jeunesse s'écoulèrent dans la vieille cité catalane. Une fois ses humanités terminées au lycée de Perpignan, il se rendit, pour commencer ses études médicales, à cette université fameuse de Montpellier qui avait eu parmi ses élèves Pinel, Esquirol et J.-P. Falret.

A Montpellier, V. Magnan connut la gêne : en même temps qu'il travaille avec ardeur, il lui faut, par des tâches supplémentaires, gagner quelque argent afin d'alléger les sacrifices que s'impose sa famille. Il fut alors l'élève de Fuster, professeur de clinique médicale, et il obtint, au concours de 1857, le titre de lauréat de la Faculté.

En 1858, Magnan quitte Montpellier pour se présenter à l'internat des hôpitaux de Lyon. Bien qu'étranger à l'École de Lyon, il fut « admis à entrer dans la grande famille laborieuse que forment les internes des hôpitaux de Lyon. Nouveau venu, ajoute Magnan, je fus si cordialement accueilli, qu'au bout de peu de jours je ne voyais autour de moi que de bons camarades ». De cette époque date son amitié pour Charles Bouchard, avec qui il vécut en une intimité chaque jour plus étroite, à l'Hôtel-Dieu, puis à la Charité. Affectueusement accueilli par la mère de son ami, il en garda un souvenir reconnaissant dont on retrouve, un demi-siècle après, l'écho attendri. Une fois interne, Magnan eut la satisfaction non seulement de pouvoir se passer des subsides de sa famille, mais encore de lui venir en aide. Il accomplit son internat dans les services de Pomière, médecin des hôpitaux, de Desgranges, professeur de clinique chirurgicale, et d'Arthaud, médecin du quartier d'aliénés de l'hospice de l'Antiquaille. Arthaud, ancien élève de J.-P. Falret à la Salpêtrière, avait été nommé, en 1842, médecin de l'Antiquaille ; il fut plus tard chargé du cours des maladies mentales à l'École de Médecine. Le premier maître de Magnan en psychiatrie, maître dont il se plaisait à rappeler le souvenir, a laissé la réputation d'un aliéniste instruit, observateur de mérite. A l'époque où Magnan était son interne, Arthaud avait publié ses travaux sur le crétinisme, la responsabilité des épilep-

©BIUM

tiques, l'épidémie de démonopathie de Morzines. Nature d'élite, il joignait au savoir l'élévation du caractère, l'amour de la vérité et le dévouement aux malades. Magnan avait alors vingt-trois ans : c'est, sans doute, dans le service du professeur Arthaud que se révéla sa vocation psychiatrique; et cette orientation définitive imprimée à l'esprit sérieux et réfléchi du jeune interne est le plus bel éloge qu'on puisse faire du maître.

Une fois son internat terminé, Magnan, en compagnie de son ami inséparable, Bouchard, vint à Paris (1863) pour affronter le concours de l'internat des hôpitaux. Les deux étudiants, qui devaient plus tard, l'un, maître illustre, rénover la pathologie générale, l'autre être la gloire de l'école psychiatrique française, les deux étudiants étaient alors peu fortunés : ils durent camper ensemble dans un petit logement de la rue de l'Ouest. Le labeur acharné de Magnan eut sa récompense : il fut reçu interne des hôpitaux. Sa promotion ne comptait que trente-cinq noms, parmi lesquels ceux de trois autres futurs médecins aliénistes : G. Bouchereau, J. Cotard et Meuriot.

C'est dans des services d'aliénés, à l'hospice de Bicêtre, puis à la Salpêtrière, que Magnan voulut faire ses deux premières années d'internat. L'hospice de Bicêtre avait été illustré par une série de médecins dont la psychiatrie française est fière : Philippe Pinel, Ferrus, un des promoteurs de la loi de 1838, Lélut, dont on connaît les travaux de psychopathologie historiques, Leuret, savant clinicien, Moreau (de Tours), ces deux derniers élèves d'Esquirol. En 1864, quand Magnan y arriva comme interne, les médecins des trois sections du quartier des aliénés étaient Félix Voisin, Victor Marcé et Prosper Lucas. Quelques mots sur ces maîtres peuvent être utiles pour rendre compte de la formation scientifique de Magnan.

©BIUM

Félix Voisin avait une carrière scientifique bien remplie. Disciple enthousiaste de l'école phrénologique, ses tendances l'avaient incliné vers l'étude des questions philosophiques et morales dans leurs rapports avec la psychiatrie. Il a été l'un des premiers à étudier la psychologie des enfants idiots et anormaux, et à faire connaître les « génies partiels ». Il a lutté pour l'éducation des arriérés, et il a jeté les bases du traitement orthophrénique. Enfin ses travaux sur les criminels en font un précurseur de la criminologie contemporaine.

C'est le service de Marcé, alors dans tout l'éclat de sa jeune renommée, que choisit Magnan. Ancien élève de Baillarger, agrégé de la Faculté, Marcé avait été nommé, en 1860, médecin de la Ferme Sainte-Anne, puis médecin des aliénés de Bicêtre en 1863. En quelques années seulement d'un labeur extraordinairement fécond (1856-1864), Marcé, par son enseignement des maladies mentales à l'École pratique de la Faculté, par une série de travaux remarquables, s'était placé au premier rang des jeunes aliénistes. Son *Traité pratique des maladies mentales*, publié depuis peu (1862), quand Magnan arriva dans son service, est une œuvre du premier ordre, devenue classique, et qui, pour nous, présente cet intérêt particulier de donner un tableau exact de l'état de la psychiatrie à l'époque où Magnan allait entreprendre ses recherches. Il faut citer dans l'œuvre de Marcé ses travaux d'anatomie pathologique et d'expérimentation physiologique, car ils paraissent avoir suggéré à son interne ses premières investigations : tels sont les *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale* (1863); ses mémoires, publiés pendant l'internat de Magnan, sur *La toxicité de l'essence d'absinthe*, sur *La valeur des écrits des aliénés* (1864). Dans ce dernier travail, Marcé examine

©BIUM

les troubles que Magnan devait étudier ultérieurement sous le nom de cécité verbale ; il admet, à l'instar de l'organe législateur de la parole, que « nul maintenant ne saurait discuter », un organe de l'écriture dont l'existence était « également démontrée ».

C'est dans le service de Marcé, adversaire de l'école psychologique, et partisan de l'école anatomo-clinique, médecin convaincu du rôle prépondérant de l'investigation clinique minutieuse et de l'histologie pathologique dans les recherches de pathologie mentale, c'est aux côtés de ce maître que furent révélés à Magnan, non seulement l'intérêt des études psychiatriques, mais la vraie méthode pour les faire progresser.

Marcé, par ses qualités solides et brillantes à la fois : savoir étendu, dons de clinicien, talent de professeur, clarté d'exposition, puissance de travail, culture intellectuelle supérieure ; Marcé eut bientôt en son élève, cependant à peine moins âgé que lui, un disciple fervent, un admirateur, un ami. Aussi, ce fut pour Magnan un coup cruel quand, en août 1864, après quelques mois d'une collaboration quotidienne, Marcé fut emporté subitement par une maladie singulièrement douloureuse. Ce maître, en qui l'on prévoyait une des gloires de l'école française, disparaissait à l'âge de trente-six ans : son œuvre — œuvre de quelques années seulement — atteste tout ce qu'une longue vie eût donné... Magnan garda toujours de Marcé un fidèle et pieux souvenir. Toujours il demeura attaché aux idées directrices qu'il en avait reçues.

Après Marcé, Magnan eut comme chef de service, en 1864, Prosper Lucas. Cet aliéniste, qui devait terminer sa carrière comme médecin de l'asile Sainte-Anne, était alors âgé de cinquante-six ans. Esprit profond et original, Prosper Lucas n'a guère laissé de travaux cliniques. Son œuvre maîtresse est son *Traité*

©BIUM

de l'hérédité (1850). Cet ouvrage « excellent » et « savant », au jugement de Morel, dénote une érudition et des connaissances scientifiques peu communes. Il a été utilisé par nombre d'auteurs : Moreau (de Tours), Morel, Darwin, Ribot, Déjerine. On est en droit de penser que Magnan, de qui l'attention a toujours été retenue par les lois de l'hérédité, a pu être orienté dans cette voie par l'enseignement de Prosper Lucas. Y eut-il cependant entre le maître et son interne une entente parfaite? On peut en douter. N'est-ce pas dans le service de Pr. Lucas, qui s'intéressait moins que Marcé à la clinique et au traitement des psychoses, que Magnan eut l'occasion d'observer de près les méfaits de la camisole de force et de l'immobilisation au lit? Certains documents portent à le croire. Et sans doute quelques dissentiments se firent jour. Toujours est-il que Magnan, chaque fois qu'il eut à rappeler le souvenir de ses maîtres, a passé sous silence le nom de Pr. Lucas.

C'est en 1864, au cours de son internat à Bicêtre, que Magnan publia son premier travail (1). Ce mémoire, à la fois clinique et expérimental, est le début d'une série intéressante sur l'épilepsie absinthique. Le jeune interne prouve par la clinique et par l'expérimentation que l'essence d'absinthe détermine des accidents épileptiques : un homme vigoureux, vierge jusque-là de tout accident alcoolique et de tout phénomène convulsif, commence par des excès de vin et d'eau-de-vie et devient alcoolique. Puis, il s'adonne à l'absinthe et devient épileptique. Par des expériences de contrôle sur les animaux, Magnan démontre que l'alcool produit l'ivresse, avec la perte du sentiment et du mouvement ; l'absinthe détermine des attaques convulsives.

(1) Accidents déterminés par la liqueur d'absinthe. *Union médicale*, 4 et 9 août 1864.

©BIUM

Cette même année Magnan fait, à la Société anatomique, deux communications sur des cas d'aphasie suivis d'autopsie (1), et une autre ayant trait à la pathogénie des hémorragies méningées (2).

En 1865, captivé sans retour par l'intérêt puissant des études de médecine mentale, Magnan entre, pour sa seconde année d'internat, dans un des services d'aliénées de la Salpêtrière.

Avant de poursuivre l'histoire des débuts de Magnan, jetons un coup d'œil sur le milieu scientifique, et plus particulièrement psychiatrique, dans lequel il allait vivre à la Salpêtrière, pendant cette année 1865, qui fut pour lui décisive. Cet examen des orientations de la pathologie mentale, des questions qui agitaient le monde des aliénistes, des livres dont se nourrissait la jeune génération médicale, des découvertes qui aiguillaient les chercheurs, des maîtres dont l'œuvre et l'enseignement fécondaient l'esprit de leurs internes, cet examen expliquera certaines des tendances qui devaient dominer l'œuvre de Magnan.

Une émulation admirable stimulait alors tous les esprits à la Salpêtrière. C'était, dans l'histoire des doctrines et des théories du système nerveux central, une véritable révolution. L'anatomie et l'histologie normales et pathologiques des centres nerveux, leur physiologie, leur pathologie étaient renouvelées : travaux et découvertes se multipliaient. L'activité merveilleuse avec laquelle se poursuivaient ces recherches dans tous les domaines de la connaissance des tissus, des fonctions et des maladies du cerveau et de la moelle, cette activité était bien faite pour stimuler l'enthou-

(1) *Bulletin Soc. anatomique*, 1864, p. 466 et 511.
(2) *Ibid.*, p. 352 et 552.

©BIUM

siasme de jeunes médecins d'élite, avides de s'instruire : que de terres inconnues apparaissaient à l'horizon, qui captivaient la curiosité et suscitaient l'esprit d'entreprise de ces explorateurs studieux !

L'anatomie fine des centres nerveux vient d'être révélée : la structure et la texture des centres nerveux sont éclairées d'une lumière soudaine; les notions se précisent sur les cellules nerveuses et la névroglie. L'histologie pathologique, avec Ch. Robin, J. Luys, Marcé, montre l'existence de lésions parenchymateuses et de lésions interstitielles. J. Luys publie, en 1865 même, ses *Recherches anatomiques sur le système nerveux cérébro-spinal.*

La physiologie du système nerveux est rénovée par la méthode expérimentale. Vulpian, en 1864, avait pris pour sujet de son cours au Muséum la *physiologie générale et comparée du système nerveux ;* Claude Bernard, à la même époque (1858-1866), faisait ses *leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux*, et publiait l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, où il promulguait sa doctrine de l'alliance étroite de la physiologie et de la clinique, doctrine qui ne fut pas sans influence sur l'œuvre de Magnan.

L'activité scientifique qui régnait alors à la Salpêtrière dans le triple domaine de la pathologie médullaire, de la pathologie cérébrale, et de la psychiatrie, n'a jamais été dépassée. Duchenne (de Boulogne) vient de décrire l'ataxie locomotrice; Charcot et Bouchard rédigent leurs mémorables travaux sur l'hémorragie cérébrale et le rôle des anévrismes miliaires ; ils étudient aussi, avec Vulpian, les dégénérations secondaires de la moelle, les scléroses médullaires, la sclérose en plaques ; Vulpian et Prévost préparent leur mémoire sur les lésions de la paralysie infantile ; Cotard et Prévost publient leurs *Etudes physiologiques et pathologiques sur*

©BIUM

le ramollissement cérébral (1865); Cotard rassemble des documents pour son mémoire sur l'atrophie du cerveau. La doctrine des localisations cérébrales et de l'hétérogénéité fonctionnelle de l'écorce du cerveau, qui domine l'œuvre de Magnan, et qu'il utilisa dans son interprétation de la désharmonie psychique des dégénérés, dans ses recherches sur les aphasies motrice et sensorielle, sur certaines lésions et certains symptômes de la paralysie générale, sur l'épilepsie, sur les anomalies sexuelles, sur les hallucinations bilatérales, cette doctrine commençait, en 1865, à s'imposer.

Dès 1820, Foville et Delaye, internes à la Salpêtrière, puis Foville et Pinel-Grandchamp, étaient arrivés à cette conclusion, que c'était « la substance corticale du cerveau qui devait être affectée à l'exercice des opérations intellectuelles » (1). Baillarger, en 1853, déclarait : « Si l'on se rappelle les altérations de la couche corticale... dans la paralysie générale... qui s'accompagne d'une démence si profonde, l'atrophie des circonvolutions dans la démence, etc., on ne balancera pas à attribuer un rôle important aux surfaces cérébrales. La structure si compliquée de la couche corticale peut être invoquée comme un argument de plus. »

Pour Parchappe, l'écorce cérébrale est en même temps « le siège organique de l'intelligence » et « l'organe central de la motilité volontaire et de la sensibilité perçue ». Dans son mémoire : *Du siège commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme* (1856), il se révèle le « précurseur de nos idées actuelles sur le siège de ce complexus indissociable de

(1) J. Soury. *Le système nerveux central*, 2 vol. in-8°, Carré, édit., Paris, 1899, t. I, p. 256.

Cf. Riti. *Histoire des travaux de la Société médico-psychologique et Eloges de ses membres*. 2 vol. in-8°, Masson, édit., Paris, 1914, *passim*.

©BIUM

fonctions psychiques qu'on appelle sensibilité, intelligence et volonté » (Soury). Ce siège, c'est l'écorce grise ; et Parchappe édifie sa théorie en se basant sur les symptômes et les lésions de la paralysie générale. Il croit même pouvoir saisir un rapport entre la région où étaient localisées les altérations et le siège attribué aux facultés intellectuelles les plus lésées. Il localise les hallucinations dans l'écorce du cerveau : leur condition organique doit être cherchée, dit-il, « dans un état particulier de la couche corticale cérébrale ».

Bouillaud, d'autre part, « un des plus grands précurseurs de notre conception actuelle des fonctions du cerveau », combattait alors depuis quarante ans, pour « la localisation de la faculté du langage articulé ». A l'Académie de médecine (1861-1865), il ne cessait de défendre ses conceptions sur « le siège de la fonction de la parole ». Mais c'est surtout la mémorable série de recherches de Broca qui avait fait réaliser à la doctrine des localisations le progrès le plus considérable. C'est Broca, par sa découverte faite à Bicêtre, qui doit être considéré comme le père de la théorie des localisations cérébrales : « la première localisation scientifique d'une fonction psychique du cerveau date de 1861 » (J. Soury). Broca, au moment où Magnan était interne, ne cessait d'affirmer que le « principe des localisations cérébrales » était fondé sur « l'anatomie, la physiologie et la pathologie cérébrales ». A la même époque (1864-1866), Jules Falret, Trousseau font connaître leurs recherches sur les aphasies.

Mais laissons cette série d'admirables investigations qui devaient créer la pathologie de la moelle, et transformer la pathologie du cerveau, encore qu'elles aient influencé les recherches de Magnan relatives aux lésions médullaires et à l'histologie pathologique de la paralysie générale, ainsi qu'aux localisations cérébrales.

©BIUM

Dans le domaine de la psychiatrie, l'activité n'était alors ni moins intense, ni moins féconde, ainsi que le montrera, en raccourci, un inventaire des conquêtes réalisées par la médecine mentale à la fin du second tiers du XIX^e^ siècle, c'est-à-dire au moment où Magnan entreprend son œuvre. L'école psychologique a cédé la place à l'école clinique ; l'école spiritualiste allemande, dont Lasègue et Morel avaient exposé les doctrines, ne présente plus qu'un intérêt rétrospectif. Les recherches cliniques et nosologiques, les études anatomo-pathologiques se multiplient : la pathologie mentale n'avait jamais encore, même au temps d'Esquirol, connu pareil essor. Publication de mémoires originaux, de traités de psychiatrie, de revues spéciales ; activité florissante des sociétés savantes ; enseignement théorique et pratique ; cliniciens éminents à la tête de la plupart des services d'aliénés, tout conspire pour le progrès des études de médecine mentale.

En quelques années à peine, plusieurs traités de pathologie mentale paraissent : celui de Morel, en 1860 ; ceux de Marcé et de Dagonet, en 1862 ; celui de Griesinger, en 1865.

Nulle part, les investigations n'avaient été poursuivies avec plus d'ardeur que dans le domaine de la paralysie générale. Les lésions en avaient été étudiées par Parchappe, Calmeil, Baillarger. Parchappe, après ses travaux d'anatomie pathologique de 1838 et 1841, avait montré, en 1859, que la folie paralytique réunit tous les éléments nécessaires pour la constitution d'un type morbide, et il avait décrit, comme lésion pathognomonique, le ramollissement de la couche corticale. L'étude symptomatique en avait été également approfondie, grâce aux travaux de Jules Falret (1853-1858) sur les caractères des délires de la paralysie générale, et à ceux de Baillarger sur le délire hypocondriaque, les

©BIUM

troubles pupillaires et médullaires. Une discussion mémorable avait eu lieu sur ces questions à la Société médico-psychologique (1858 et 1859).

La folie intermittente avait été l'objet des travaux célèbres de Falret père et de Baillarger. Les délires systématisés étaient mieux connus grâce à Falret père et à Lasègue. L'histoire des intoxications avait été inaugurée par Lasègue et Motet. Baillarger et Delasiauve avaient poursuivi l'étude des états de stupidité et de confusion.

Les psychoses constitutionnelles (manie instinctive, folie héréditaire, etc.) avaient été étudiées par Trélat, Morel (1857 et 1860), Moreau (de Tours) [1859], Falret.

L'épilepsie avait été l'objet d'une série d'études de Jules Falret. En 1860 et 1861, il avait exposé l'état mental des épileptiques ; en 1862, il montrait que le cerveau joue le rôle prédominant dans l'attaque d'épilepsie, et que cette affection est « une maladie essentiellement cérébrale ». Sur l'hystérie, Briquet, en 1859, et Moreau (de Tours), en 1861, avaient publié leurs traités.

Les études de nosologie avaient été poussées activement grâce à Parchappe, à J.-P. Falret et à Jules Falret : ils avaient fait connaître les principes à suivre dans la classification des maladies mentales (1860-1865).

Pour la médecine légale, Legrand du Saulle venait de publier (1864) son livre : *La folie devant les tribunaux*. A la Société médico-psychologique avaient eu lieu les discussions sur les criminels et les aliénés criminels (Dally, 1853) et sur la responsabilité des aliénés (1863-1864).

Avant que de parler des médecins des aliénées de la Salpêtrière, rappelons, pour compléter le tableau de la médecine mentale à cette époque, que le service de la Maison de Charenton était confié à un maître illustre,

©BIUM

L.-F. Calmeil, et qu'un aliéniste éminent, Achille Foville, allait y entrer comme médecin adjoint. Calmeil, représentant de l'école anatomo-pathologique, avait donné, un des premiers (1826), une description admirable de la paralysie générale : il avait montré que cette affection « constitue bien une espèce à part, ayant ses causes, ses signes, sa marche et sa terminaison, etc. », et que ses symptômes sont dus à une « encéphalite chronique... qui prédomine... au pourtour de la pulpe cérébrale ». En 1859, Calmeil avait publié son *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, « œuvre vraiment monumentale, la plus instructive, la plus documentée aussi que la médecine mentale, dans sa direction anatomo-clinique, ait produite en ce siècle » (Ritti).

L'Infirmerie spéciale des aliénés se trouvait alors sous la direction de Ch. Lasègue qui, d'autre part, à la Faculté, était, en l'année 1864-1865, « chargé du cours clinique des maladies mentales et nerveuses » et faisait, avec un succès retentissant, ses leçons sur les *généralités de l'aliénation mentale*.

L'enseignement des maladies mentales ne demeurait d'ailleurs pas uniquement théorique ; l'enseignement clinique, fondé à la Salpêtrière par Esquirol, au début du XIXe siècle, continué par Falret père au milieu du siècle, avait alors pour représentant un professeur du premier ordre, Baillarger, qui propageait le goût des études de psychiatrie clinique.

Arrivons au rôle particulier, et tout à fait prépondérant, que tenait alors la Salpêtrière, ses médecins aliénistes, leurs internes et leurs élèves.

On peut, sans injustice pour les précurseurs de l'antiquité et des temps modernes, ainsi que pour les médecins aliénistes étrangers, affirmer que la psychiatrie clinique est une conquête du XIXe siècle, et une conquête des

©BIUM

médecins français : n'est-elle pas sortie, presque exclusivement, des services d'aliénés de Bicêtre, de la Salpêtrière et de Charenton?

Dans le vaste champ d'études de la Salpêtrière, Pinel, Esquirol, Georget, Delaye, Calmeil, Foville, Pinel-Grandchamp, Lélut, avaient travaillé à l'envi. Le vieil hospice restait tout imprégné du souvenir impérissable des maîtres qui y avaient créé, de toutes pièces, la clinique mentale, en la fondant sur l'observation et l'anatomie pathologique. Mais la Salpêtrière ne vivait pas que de souvenirs illustres. Et, au début de la seconde moitié du XIXe siècle, l'école psychiatrique française y déployait une activité sans égale. Comme l'a dit Magnan : « On est surpris des rapides progrès accomplis au XIXe siècle, sous l'impulsion vigoureuse partie de France. C'est l'École de la Salpêtrière, ce berceau, ce foyer de la psychiatrie, inaugurée par Pinel et Esquirol, continuée par Falret et Baillarger, qui, en dehors de toute attache officielle..., répandait au loin ses vérités et ses préceptes pleins de sollicitude et de bonté pour l'aliéné... (1). »

Le quartier d'aliénées de la Salpêtrière était alors divisé en cinq sections, dont les médecins étaient : J.-P. Falret, Mitivié, Trélat, Baillarger et Morean (de Tours), presque tous anciens élèves d'Esquirol. Les médecins de l'infirmerie de l'hospice s'appelaient Charcot et Vulpian. Le chirurgien était Paul Broca. Pléiade d'aliénistes et de neurologistes illustres, qui brillait alors d'un éclat incomparable!

Parmi les internes de la Salpêtrière qui furent, en 1865, les collègues de Magnan, citons Ch. Bouchard, J.-L. Prévost (de Genève), Cotard, Boucherean, tous élèves dignes de leurs maîtres.

(1) *Eloge de Baillarger*. Académie de Médecine, séance du 23 décembre 1902.

©BIUM

Ulysse Trélat, alors âgé de soixante-dix ans, avait donné, peu d'années auparavant (1861), son œuvre capitale : *De la folie lucide*. Esprit philosophique, avec un tempérament d'apôtre, à la fois clinicien et psychologue, Trélat a peint ces dégénérés non délirants, ces anormaux psychiques constitutionnels, éminemment malfaisants, fléaux de leur famille et fléaux de la société. Le livre de Trélat n'est pas seulement une galerie de tableaux cliniques admirables, c'est aussi l'œuvre d'un sociologue préoccupé de la défense sociale, qui « proclame la liberté des incapables un danger pour tous », une « liberté homicide ».

Un autre médecin de la Salpêtrière, Moreau (de Tours), s'était fait connaître par ses travaux cliniques et par ses études sur les questions les plus élevées de la psychologie. Dans la plupart de ses travaux, Moreau (de Tours) insiste sur l'hérédité psychopathique progressive et sur nombre de manifestations qu'on rattacha plus tard à la dégénérescence mentale. En l'année 1865, alors que Magnan était interne dans le service d'un de ses collègues, il publiait son livre *De la folie hystérique*. Quelques années auparavant, en 1859, il avait fait paraître son œuvre capitale : *La psychologie morbide dans ses rapports avec la philosophie de l'histoire, ou de l'influence des névropathies sur le dynamisme intellectuel*. Dans ce livre, qui souleva tant de discussions, l'auteur ne prétendait pas, comme on l'a répété, que les hommes de génie ou de talent sont des aliénés. Il soutenait simplement que, des mêmes conditions organiques, comme d'un même tronc, peuvent sortir, ainsi que des rameaux divergents, l'idiotie, la folie ou le génie.

Magnan choisit le service de Baillarger pour les tendances cliniques de qui il avait davantage d'affinité. Mais il eut aussi la bonne fortune, sans doute à l'occa-

©BIUM

sion du remplacement de quelque collègue, de remplir les fonctions d'interne dans le service de Falret père. (Dans la dédicace de sa thèse : « à ses maîtres dans les hôpitaux de Paris », il n'a pas inscrit le nom de J.-P. Falret, mais il ne manque jamais de le citer parmi ses maîtres.) Baillarger et Falret avaient des points communs : tous deux passionnés pour l'enseignement, tous deux plus préoccupés que leurs collègues de psychiatrie clinique. A ces cliniciens incomparables, Magnan dut beaucoup. Agé alors de trente ans, la maturité de son esprit, sa solide culture scientifique, fortifiée par six années d'internat, son goût pour l'étude le préparaient à profiter, dans la plus large mesure, de leurs leçons. De Baillarger, comme de Marcé, il prit le goût de l'analyse psychologique des éléments symptomatiques de la folie, la passion des recherches anatomo-pathologiques ; à Falret père, il est redevable de sa prédilection pour les études nosologiques, pour la description de types morbides définis par l'ensemble de leurs caractères, par l'enchaînement des symptômes et par leur évolution.

J.-P. Falret, alors âgé de soixante-dix ans, avait presque entièrement parcouru sa glorieuse carrière. Élève de Pinel, puis interne d'Esquirol à la Salpêtrière, enfin médecin de cet hospice, il y avait enseigné durant une quinzaine d'années (1841-1856). Véritable chef d'école, « dégagé, dit Magnan, de toute idée préconçue, observateur sagace et patient, attentif aux secrets que lui décelait la clinique », Falret avait compté parmi ses élèves Claude Bernard, Lasègue, Morel, Billod et son fils Jules. Sur ses disciples et sur les médecins aliénistes en général, il avait exercé une influence considérable par ses travaux cliniques et nosologiques sur l'hypocondrie, la paralysie générale, la folie circulaire, l'épilepsie, la folie du doute, les délires systématisés.

©BIUM

Un an avant l'entrée de Magnan dans son service, Falret venait de publier (1864) son dernier livre : *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Leçons cliniques et considérations générales*, où l'on trouve l'indication de la méthode nosologique dont devait s'inspirer Magnan. L'évolution des idées et des méthodes de J.-P. Falret était à elle seule un enseignement. D'abord « anatomiste et cérébriste », comme tous ceux de sa génération, Falret avait été ensuite parmi les partisans de la médecine psychologique et de l'étude des lésions de la mémoire, de la volonté, du jugement, de l'association des idées, etc. chez les aliénés. A cette seconde phase, en avait succédé une troisième, la phase clinique : Falret se déclarait convaincu que « l'observation clinique seule » peut procurer la connaissance exacte des maladies mentales. Au lieu de « formes artificielles », J.-P. Falret veut qu'on recherche « dans une étude plus sérieuse et plus complète des aliénés..., des espèces de maladies mentales plus vraies et plus naturelles, caractérisées par des phénomènes physiques et moraux et par une marche spéciale... Ces espèces nouvelles pourront seules offrir un appui solide à l'étiologie, au diagnostic et au pronostic des maladies mentales ». Enfin, J.-P. Falret ajoutait, en s'adressant aux jeunes aliénistes : « Puissent-ils arriver à trouver des espèces plus naturelles de maladies mentales. » Cet appel du testament scientifique de son maître, Magnan ne devait point l'oublier.

Baillarger, dont Magnan fut l'interne durant l'année 1865, avait alors cinquante-six ans. Ancien interne et disciple de prédilection d'Esquirol, Baillarger, s'il fut digne de son maître, eut aussi en Magnan un élève digne de lui. Le médecin de la Salpêtrière avait publié à cette date un grand nombre des travaux qui ont illustré son nom : ses mémoires sur les hallucinations,

©BIUM

sur la stupidité, sur la folie à double forme, sur l'inégalité pupillaire et le délire hypocondriaque, symptômes de la paralysie générale, sur l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec la paralysie générale (1861-1862). L'année même où il avait Magnan comme interne, Baillarger l'orientait, pour ainsi dire, dans ses recherches, en enrichissant de notes précieuses et d'une importante monographie des symptômes de la paralysie générale la traduction du *Traité* de Griesinger, et en publiant ses études sur l'aphasie. Clinicien avant tout, observateur d'une pénétration peu commune, fortement attaché à ses devoirs de chef de service, Baillarger enseignait, depuis une vingtaine d'années, avec un succès très vif. « L'enseignement de M. Baillarger, dit Magnan, dernier et puissant écho de cette école florissante [de la Salpêtrière], est longtemps resté le phare lumineux vers lequel se tournaient les regards des aliénistes de tous les pays. » Le cours de Baillarger n'était « pas seulement fréquenté par les médecins; on y voyait des philosophes, des physiologistes, des magistrats; Béclard, Vulpian, Gratiolet, Broca, Charcot, Cerise, H. Taine, Ribot en étaient des auditeurs assidus. »

Les pages qui précèdent montrent l'activité prodigieuse qui régnait à la Salpêtrière au moment de l'internat de Magnan. Un jeune médecin passionné pour les études de pathologie mentale trouva-t-il jamais milieu mieux fait pour stimuler son activité, pour féconder son esprit, pour l'orienter vers un idéal scientifique plus élevé? Dans l'histoire de la psychiatrie, cette période n'a point été dépassée : conjonction unique de maîtres éminents et d'élèves distingués, cohorte d'élite de pionniers scientifiques qui ont transformé la psychiatrie contemporaine. Rien n'égale ni la valeur de ces maîtres, ni l'ardeur de leurs élèves. Tout favorisait ainsi le zèle juvénile du chercheur.

©BIUM

Des horizons nouveaux s'ouvraient : on se croyait arrivé à un « tournant de l'histoire » de la science, comme il arrive à chaque quart de siècle, lorsqu'une génération, enivrée par des conquêtes nouvelles, imagine être arrivée à une étape décisive et prophétise une ère nouvelle. C'est une éclosion d'espoirs illimités et, parfois aussi, d'illusions....

Que n'eût pas donné l'essor, alors incomparable, des études psychiatriques, si une organisation meilleure avait mieux su utiliser un pareil cortège d'élèves autour de maîtres d'un aussi rare génie ; si l'enseignement de la pathologie mentale eût été assuré, et à Paris, et dans une quinzaine d'universités provinciales ; si la vie scientifique eût été plus active dans les asiles d'aliénés ; si le recrutement des médecins et des internes de ces établissements eût été moins capricieux, et leur labeur mieux encouragé. La science ne se fait pas uniquement avec les pionniers et les initiateurs ; ces chefs ont besoin d'une armée, ces hommes d'élite, de collaborateurs. C'est sur le recrutement de ceux-ci que l'organisation a prise. Il est certes des dons plus séduisants que l'esprit de méthode, il n'en est pas de plus utile. Les qualités les plus brillantes ne peuvent suppléer à une organisation bien comprise, sans laquelle les conceptions d'homme de génie ou de talent restent quasi stériles. L'organisation ne peut créer les talents, mais elle a pour but de les développer, de les employer, de les seconder. C'est elle qui doit capter des forces qui, autrement, se perdent au détriment des progrès de la science et du bien de la collectivité. On imagine aisément l'heureuse influence, l'activité féconde qu'auraient été celles d'hommes comme Morel, Parchappe, Foville père, Foville fils, Renaudin et tant d'autres, s'ils avaient pu enseigner, devenir chefs d'école, former de nombreux disciples. Isolés, loin des centres scientifiques, sans

©BIUM

élèves, ou entourés de collaborateurs parfois mal recrutés, obligés de lutter contre l'ignorance et les préjugés, ces personnalités supérieures, à qui rien n'a manqué, que les circonstances favorables, pour mieux utiliser leur mérite, ont vu leur rayonnement diminué et une grande partie de leurs forces et de leurs dons gaspillée par l'hostilité des choses et des hommes.

Baillarger avait pour son interne une estime singulière et une affection profonde; il lui en donna des preuves. Pendant une petite épidémie de choléra, qui avait frappé quelques malades de la Salpêtrière, Magnan fut pris, une nuit, de symptômes cholériformes assez alarmants. Ses collègues, dès l'arrivée de Baillarger, lui font part de leurs craintes. Sans hésiter, le maître décide d'emmener son interne dans sa propriété de la Jonchère, où se trouvait alors sa famille. Magnan refuse, appréhendant d'y apporter les germes de l'épidémie. Mais Baillarger ne veut rien entendre : il l'installe dans sa voiture et le conduit dans la maison familiale où le malade fut accueilli avec empressement.

Toujours Magnan garda de Baillarger un souvenir reconnaissant; il n'en parlait qu'avec une émotion affectueuse. Chargé, en 1902, par l'Académie de Médecine, de prononcer son éloge, il a tracé de son maître vénéré un admirable portrait.

Plus tard, dans le discours qu'il prononça en 1908, à l'occasion de son jubilé, il consacra aux maîtres qui, un demi-siècle auparavant, avaient formé son esprit, un pieux témoignage de sa gratitude. Parmi « ces grands cliniciens, dit-il, qui ont porté si haut le renom de la médecine mentale française, il en est quelques-uns dont j'ai eu le bonheur d'être l'interne et, dans les causeries familières de tous les jours où le maître s'abandonne tout entier, j'ai pu puiser à pleines

©BIUM

mains dans les trésors de leur érudition, de leur savoir et de leur expérience. Qu'il me soit permis, dans un sentiment de bien vive et respectueuse reconnaissance, d'évoquer aujourd'hui leur souvenir. C'est le professeur Arthaud, de Lyon, à cette époque médecin en chef du service des aliénés de l'Antiquaille. C'est Marcé, de Bicêtre, puis encore Pierre Falret et Baillarger, de la Salpêtrière, dont le brillant et fécond enseignement a rayonné dans le monde entier et a tant contribué à répandre le goût des études de psychologie pathologique et de médecine mentale. » Si l'influence qu'exerça Arthaud sur Magnan nous est mal connue, à part l'orientation de son interne vers les études de psychiatrie, on peut, par contre, démêler dans l'œuvre de Magnan et dans sa formation psychiatrique l'empreinte de maîtres tels que Marcé, Baillarger et Falret. Cette remarque, M. Ritti la faisait, en s'adressant à Magnan dans son discours du jubilé : « C'est dans le commerce familier de ces cliniciens de race que vous avez senti naître votre véritable vocation. C'est à leur école — la meilleure qu'on pût suivre — que se sont développées vos qualités natives : le goût de l'observation précise, l'analyse minutieuse des symptômes, la clarté d'exposition, la probité scientifique la plus scrupuleuse, une sympathie profonde pour les malheureux confiés à vos soins. »

Au cours de son internat à la Salpêtrière, Magnan rédigea un mémoire : *Rapport de la paralysie générale et de la folie*, auquel l'Académie de Médecine décerna le prix Civrieux (1865). Cette même année, il donna un relevé, communiqué à l'Académie, de trente cas d'aphasie avec hémiplégie droite.

En 1866, Magnan fit sa troisième année d'internat dans le service de Roger, professeur de clinique des maladies des enfants, à l'hôpital des Enfants-malades.

©BIUM

Mais il n'abandonnait pas ses recherches de pathologie cérébrale. Convaincu, comme on l'a dit, que, « pour interpréter la nature des fonctions d'un centre nerveux, on doit commencer par connaître la structure de l'organe », il poursuivait, en collaboration avec Hayem, des recherches sur l'histologie du cerveau aux différents âges, et, en août 1866, il en faisait connaître le résultat (1). La même année, Magnan est nommé membre de la Société de Biologie ; il publie un cas de *Maladie de la moelle terminée par paralysie générale* (2). Enfin, il soutient sa thèse de doctorat le 22 décembre 1866. Son président de thèse était Béhier et, parmi les « examinateurs », se trouvait Charcot, alors agrégé.

La thèse de Magnan a pour titre : *De la lésion anatomique de la paralysie générale*. C'était, à l'époque, une entreprise originale qu'un travail de ce genre ; on en saisit mieux l'intérêt quand on lit dans Marcé à quoi se bornaient, sur ce point capital, les notions des médecins. Calmeil, le premier, venait d'entrer, en 1859, dans la voie féconde des études d'histologie pathologique ; il avait insisté sur la nature des lésions microscopiques *de la périencéphalite chronique diffuse* : altérations des vaisseaux, des cellules et des fibres nerveuses. Marcé, Ch. Robin, Luys avaient vérifié « l'exactitude parfaite de ses laborieuses recherches ». Mais il était réservé à Magnan, stimulé par les recherches d'anatomie et d'histologie pathologiques de ses maîtres Marcé et Baillarger, de faire, de ces lésions histologiques, une étude plus approfondie, et de fournir la formule anatomo-pathologique de la démence paralytique. Jusqu'a-

(1) Note sur le tissu interstitiel du cerveau. (En collab. avec Hayem), Comm. à la Soc. micrographique, août 1866 *Journal de physiologie de Robin*, 1866.

(2) Commun. à la Société médicale d'observation. *Gaz. des Hôpit.*, 18 et 25 janvier 1866.

©BIUM

lors, les lésions avaient été localisées dans les méninges et la partie superficielle du cerveau. Magnan, qui venait d'étudier les caractères de la névroglie à l'état normal, affirme, le premier, en 1866, que la lésion caractéristique de la paralysie générale consiste dans une *encéphalite chronique interstitielle diffuse*, plus accusée à la vérité au niveau des couches corticales et de l'épendyme, mais s'irradiant de là dans toute la profondeur de l'encéphale. Le double fait signalé par Magnan, la généralisation de la lésion, et son siège sur le tissu interstitiel, fut confirmé par d'importants travaux (Lubimoff, Mierzejewsky). Ses recherches ont éclairé un second point de l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Longtemps le cerveau avait été seul mis en cause, et en dehors de quelques observations d'ataxie locomotrice associée à cette maladie (Baillarger), la moelle paraissait rester, en général, intacte. Contrairement à cette opinion, Magnan démontra que la moelle épinière était souvent atteinte, comme le cerveau, de sclérose interstitielle diffuse.

Sa thèse, fort remarquée, inaugurait une série de travaux intéressants sur la paralysie générale. Au cours de cette même année 1866, Magnan publie l'article PARALYSIE GÉNÉRALE, dans le Dictionnaire de Valleix (1). Avec la clarté qui caractérise toute son œuvre, il montre dans cette maladie une affection cérébro-spinale plutôt que cérébrale ; il insiste sur la division des symptômes en phénomènes *essentiels* permanents, à tendances fatales, et en phénomènes *accessoires*, passagers, greffés sur les premiers. Le diagnostic pouvant, au début, être rendu difficile par l'activité des symptômes accessoires ou par des troubles surajoutés

(1) Article « PARALYSIE GÉNÉRALE », in *Guide du médecin praticien de Valleix*, t. I, p. 821 à 844, Paris, 1866, 5e édit.

©BIUM

(alcoolisme), c'est à la découverte des signes essentiels que l'on doit s'appliquer.

L'année 1867 devait décider de la carrière de Magnan. Au moment où il allait accomplir sa quatrième année d'internat, on annonce l'inauguration de l'asile Sainte-Anne.

Le département de la Seine ne disposait, à cette époque, que de deux établissements d'aliénés : les quartiers d'hospice de la Salpêtrière et de Bicêtre. En 1860, le baron Haussmann, préfet de la Seine, avait institué une Commission chargée d'élaborer un programme de réorganisation du service des aliénés. La Commission adopta, en 1861, la création de deux asiles d'aliénés dans la banlieue parisienne (Ville-Évrard et Vaucluse), et, à Paris, d'un asile central, où serait organisé l'enseignement par la clinique (asile clinique). Un bureau d'admission devait être annexé à l'asile central, pour la réception, l'examen et la répartition des individus réputés aliénés. Dans sa séance du 20 décembre 1862, le Conseil général de la Seine décidait la construction de cet asile qui devait être établi sur les terrains de la ferme Sainte-Anne, située près la barrière de la Santé, à la lisière de l'ancien mur d'enceinte de Paris.

Qu'était-ce que cette ferme Sainte-Anne? Son histoire remonte au début du règne de Louis XIV et son nom rappelle celui de la reine Anne d'Autriche. L'Hôtel-Dieu de Paris (1), en 1646, avait acheté un terrain, tout au bout du faubourg Saint-Jacques, pour y construire des bâtiments destinés à recevoir des malades en temps d'épidémie. Par contrat du 7 juillet 1651, Anne d'Autriche donnait 54.000 livres pour construire

(1) Fosseyeux. *L'Hôtel-Dieu de Paris au XVII*e *et au XVIII*e *siècle*, vol. in-8°, Berger-Levrault, édit., Paris, 1912, p. 232.

©BIUM

le nouvel hôpital qui devait s'appeler Sainte-Anne. En 1662, une partie des constructions était achevée ; mais les travaux traînèrent en longueur et la maison de Sainte-Anne resta inoccupée. Au XVIII[e] siècle, elle n'était plus qu'une grande ferme qu'on utilisait de temps à autre pour des besoins urgents : au cours d'une épidémie de scorbut à Bicêtre (1767), on transféra de cette dernière maison à Sainte-Anne des scorbutiques et des insensés. En 1787, on décida la reconstruction de Sainte-Anne et sa transformation en hôpital. La démolition des anciens bâtiments fut terminée en 1790, mais l'hôpital ne fut pas édifié. La maison ou ferme de Sainte-Anne, propriété des hospices de Paris, fut rattachée au commencement du XIX[e] siècle à l'hospice de Bicêtre. En 1833, sur la demande de Ferrus, médecin de Bicêtre, désireux d'appliquer, pour la première fois, des aliénés aux travaux agricoles, la ferme Sainte-Anne, alors dans un état de délabrement complet, reçut de cet hospice 200 aliénés convalescents ou incurables, mais valides, pour y travailler à la culture de la terre, à l'exploitation d'une porcherie, à la blanchisserie des toiles. En 1860, Marcé en fut nommé médecin.

C'est sur l'emplacement de la ferme Sainte-Anne que, de 1864 à 1867, fut construit l'asile Sainte-Anne, d'après le programme établi par le D[r] Girard de Cailleux, ancien directeur-médecin de l'asile d'aliénés d'Auxerre et inspecteur général du service des aliénés de la Seine. L'asile Sainte-Anne fut ouvert le 1[er] mai 1867. Conformément aux vues de la Commission, il comportait deux parties distinctes : 1° l'asile proprement dit et 2° le bureau d'admission et de répartition.

Comme médecins-internes du bureau central d'admission, le choix du préfet de la Seine fut particulièrement heureux. Le 4 février 1867, il nomma Magnan et Bouchereau, tous deux anciens internes des services

©BIUM

d'aliénées de la Salpêtrière et, tous deux, désignés par leur forte culture médicale et la solidité de leur éducation psychiatrique. Magnan prit possession le 1er mai de ce service qu'il ne devait quitter qu'après quarante-cinq années de labeur ininterrompu. C'est de cette époque que date, non pas l'amitié qui unissait déjà Magnan et Bouchereau, mais leur étroite collaboration médicale et scientifique. Sa nomination fut pour Magnan une des grandes joies de sa vie. Il n'avait que trente deux ans. Un long avenir studieux s'ouvrait devant lui. Il allait pouvoir mener là, dans cette retraite, au milieu de ses malades, la vie de recueillement, de travail acharné et de dévouement qu'il aimait par-dessus tout et qu'il continua de vivre jusqu'à ses derniers jours.

Le service de l'admission ne se composait alors que d'un grand corps de bâtiment, séparé de l'asile proprement dit par une avenue. C'est ce bâtiment qui porte actuellement le nom de « Pavillon Magnan ». Au centre de cette construction, un avant-corps, dans lequel Magnan avait, au premier étage, son appartement. Au rez-de-chaussée, l'amphithéâtre des cours ; à droite et à gauche, les divisions des hommes et des femmes.

Le service de l'admission est d'une richesse clinique incomparable. C'est là, en effet, que viennent aboutir tous les aliénés de Paris et du département de la Seine. La plupart proviennent de l'infirmerie spéciale des aliénés de la Préfecture de police ; un certain nombre, des hôpitaux de l'Assistance publique ; enfin il en est qui entrent directement, placés volontairement par leur famille. Mais ce service ne reçoit pas que les malades de Paris et du département. Combien d'aliénés et de déséquilibrés de la province et de l'étranger, que la capitale attire, et qui viennent terminer à Sainte-Anne leur odyssée lamentable ou malfaisante ! Le nombre des

©BIUM

entrées est en chiffre rond de 4.000 par an pour les dernières années. En 1868, le nombre total des entrées n'était que de 2.585; en 1910, il atteignit le chiffre de 3.882. L'activité des deux jeunes médecins avait ainsi un vaste champ où s'exercer. On sait combien fut abondante la moisson qu'y fit Magnan. Mais il y fallait la prodigieuse ardeur au travail qui le possédait.

Le rôle des deux médecins-internes se borna au début à examiner les malades entrants et à en proposer la répartition. Le directeur du bureau d'admission, Girard de Cailleux, signait les certificats et statuait sur les propositions de répartition. Le 17 décembre 1867, Magnan fut nommé médecin-suppléant de Sainte-Anne, tout en restant chargé du service de l'admission. Un service de consultations gratuites pour les maladies mentales fut, l'année suivante, confié aux médecins de l'admission. Le 1er octobre 1870, Girard de Cailleux était mis à la retraite ; Magnan et Bouchereau furent nommés médecins répartiteurs du bureau d'admission et chargés de toutes les obligations imposées aux médecins en chef des asiles par la loi de 1838. Enfin, une dernière étape de la carrière administrative de Magnan fut franchie en 1879 : par arrêté du 20 octobre, il devint seul médecin en chef des deux divisions d'hommes et de femmes de ce service, par suite de la nomination de Bouchereau comme médecin en chef de la division des femmes à Sainte-Anne.

Quelques années après (1885), l'importance du bureau d'admission, devenu un véritable service, et non un lieu de passage, s'accrut par suite de la construction de nouveaux bâtiments. Chaque division d'hommes et de femmes eut alors une centaine de lits, alors qu'elle n'en possédait, en 1874, que vingt-cinq environ.

©BIUM

* * *

La vie scientifique de Magnan peut être divisée en trois périodes consacrées chacune à l'étude d'une ou plusieurs catégories de maladies mentales. La première — ou phase anatomo-clinique et expérimentale — s'étend de 1864 à 1881 : elle est remplie presque exclusivement par des recherches sur les troubles dus aux intoxications, aux lésions organiques du cerveau et à l'épilepsie. « Les recherches expérimentales et anatomo-pathologiques, dit Magnan, nous ont conduit naturellement à l'étude clinique des délires chez les intoxiqués, les convulsivants, les cérébraux. Le terrain clinique ainsi dégagé de ses formes mixtes, nous sommes entrés de plain-pied dans le domaine des vésanies, des psychoses proprement dites. » C'est la seconde phase (1881-1898),—phase clinique et nosologique—. Magnan aborde l'étude des vésanies : dégénérescence, délires systématisés, folie intermittente. La troisième période (1898-1914) est consacrée à la thérapeutique, aux questions d'assistance et de législation des aliénés. Cette répartition en trois phases nettement tranchées, vraie dans l'ensemble, souffre cependant, dans le détail, quelques exceptions. Et s'il est exact, par exemple, que l'étude des intoxications a surtout été poursuivie de 1864 à 1881, cependant Magnan n'a jamais cessé de s'en occuper : ses derniers travaux, en 1912 et 1913, sont précisément consacrés à l'alcoolisme.

Examinons d'abord la première période — celle des recherches sur les intoxications et sur les affections organiques du cerveau, — celle, par suite, où la méthode anatomo-clinique et la méthode expérimentale tiennent dans son œuvre une place prépondérante. Pendant près de vingt ans, c'est à la Société de Biologie, « admirable

©BIUM

école de libre critique », que Magnan va apporter les résultats de ses investigations.

L'étude des intoxications par l'alcool, par l'essence d'absinthe, les alcools dits supérieurs, les aldéhydes, la cocaïne, donna lieu à de nombreux mémoires, au double point de vue clinique et expérimental. Claude Bernard, quelques années auparavant, parlait de ces « sanctuaires de la science médicale », où le médecin « jaloux de mériter ce nom dans le sens scientifique doit, en sortant de l'hôpital, aller » pour chercher « par des expériences sur les animaux à se rendre compte de ce qu'il a observé chez ses malades... » S'inspirant de ces préceptes, Magnan, en véritable précurseur, voulut réaliser l'alliance féconde de la physiologie et de la clinique mentale, pour résoudre certains « problèmes complexes et difficiles que l'examen seul du malade serait impuissant à résoudre. On aurait mauvaise grâce, dit-il, à repousser l'expérimentation physiologique, aujourd'hui surtout où de tous côtés des travailleurs s'efforcent d'accumuler des preuves en faveur de faits qui ont pour résultat d'attribuer à des régions déterminées de la couche corticale des fonctions que nous étions habitués, jusqu'ici, à localiser dans les parties centrales du cerveau, du mésocéphale ou du bulbe ».

Magnan, qui avait travaillé au laboratoire de Cl. Bernard, installa, non loin de son service, un petit laboratoire de fortune ; il y poursuivit ses recherches expérimentales avec l'aide de François Franck, Gréhant, Gley, Laborde, Jolyet. Il avait compris la nécessité de l'expérimentation physiologique dans l'étude des intoxications, et, plus particulièrement, pour l'analyse des intoxications complexes. « L'observation, dit-il, est devenue plus précise, plus complète, plus rigoureuse avec les nouveaux moyens d'exploration que les progrès de la science ont mis entre nos mains ; avec l'ex-

©BIUM

périmentation physiologique permettant, dans les faits complexes, de se rendre compte de la part contributive de chacun des éléments constitutifs de la maladie ; et notamment pour certaines intoxications combinées, le morphino-cocaïnisme, l'absintho-alcoolisme, c'est au laboratoire, dans des conditions d'expérience nettement déterminées, que nous avons pu fixer définitivement l'action spéciale des divers agents toxiques. »

Les travaux de Magnan sur les intoxications ont fourni des aperçus nouveaux, aussi bien au point de vue de l'hygiène et de la médecine légale, que de la clinique et de la physiologie pathologique. Ils ont, de plus, bien mis en évidence le danger social de l'absinthisme. En démontrant la grande toxicité de l'essence d'absinthe, ils ont fourni au législateur un puissant argument pour frapper la liqueur d'absinthe d'un impôt très lourd. C'est enfin en grande partie à Magnan que l'on doit d'avoir vu la Suisse, en 1908, et notre pays, en 1914, interdire la consommation et la fabrication de l'absinthe.

Deux points surtout ont été mis en évidence dans l'absinthisme, par Magnan : il a montré que le délire hallucinatoire absinthique est plus précoce, plus actif, plus terrifiant, plus impulsif que le délire alcoolique, et qu'il provoque parfois des réactions des plus dangereuses. De plus, il a mis en lumière l'action épileptogène de l'essence d'absinthe : certains symptômes constatés chez les alcoolisés (vertiges, attaques convulsives) dépendent en réalité, non de l'alcool, mais de l'absinthe.

Son premier travail sur l'essence d'absinthe remonte à 1864 ; il en a déjà été parlé. En 1868, Magnan signale que l'alcool n'a pas pour action immédiate de produire des attaques épileptiques (1). Celles-ci peuvent

(1) Epilepsie alcoolique ; action spéciale de l'absinthe ; épilepsie absinthique. *Soc. de Biologie*, 1868, t. V, p. 156.

©BIUM

se montrer dans l'alcoolisme chronique, mais seulement lorsque les progrès de l'intoxication ont déterminé des lésions cérébrales. Ces accidents convulsifs ne diffèrent pas de ceux qu'on observe chez les paralytiques généraux ou chez les malades affectés de lésions circonscrites du cerveau. Ces alcoolisés ont acquis, du fait de certaines altérations organiques, l'aptitude à la crise, et l'alcool n'agit qu'à titre d'excitant. Lorsque, au contraire, les attaques se montrent au début de l'intoxication, elles dépendent, non point d'une lésion organique, mais bien de l'action de l'absinthe. L'expérimentation montre que l'alcool, combiné à l'essence d'absinthe, retarde les convulsions.

Dans une série de leçons faites en 1869, Magnan étudie les caractères généraux de l'alcoolisme aigu et de l'alcoolisme chronique, rattachant les accidents convulsifs à l'absinthe dans le premier cas, à des lésions organiques dans le second (1).

Puis viennent (1869-1872) une série de mémoires de clinique et de physiologie expérimentale sur les intoxications alcoolique et absinthique, d'après l'examen de 250 nouveaux cas, et des expériences sur le chien (2).

Après la guerre de 1870-1871, Magnan publie deux

---

(1) Etude expérimentale et clinique sur l'alcoolisme, alcool et absinthe : épilepsie absinthique. *Gaz. des Hôp.*, juillet, août et septembre 1869. Ces leçons, publiées également dans le *Recueil de médecine vétérinaire* (mai et juin 1871), ont été réunies en une brochure de 46 pages (Paris, 1871) avec une préface de H. Bouley.

(2) Anévrismes miliaires de la rétine et du cerveau dans un cas d'alcoolisme chronique. (En collab. avec Bouchereau), Comm. à la *Soc. de Biol.* Comptes rendus, t. 1, 5e série, 1869, p. 35.) — Alcoolisme aigu : épilepsie causée par l'absinthe. Alcoolisme chronique : accidents épileptiformes, symptomatiques des lésions organiques. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 5 avril 1869.) — Alcoolisme aigu, épilepsie absinthique. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 31 juillet 1871.)—Analyse de l'essence d'absinthe. Etude clinique et expérimentale. (En collab. avec Hardy), Com. à la *Soc. de Biol.*, le 10 août 1872. Comp. rend. des séances, t. IV, 5e série, p. 210.)

©BIUM

mémoires sur la statistique des alcooliques, et sur celle des aliénés entrés à Sainte-Anne au cours de cette période. Le premier montre la puissante influence d'une mauvaise hygiène sur le développement de l'alcoolisme. Le second emprunte un intérêt particulier à l'intervention des causes nouvelles qu'ont fait naître les époques bouleversées du Siège et de la Commune (1).

Un nouveau mémoire de physiologie pathologique (2) est consacré en 1873 à des recherches du plus haut intérêt sur l'action de l'alcool et de l'essence d'absinthe. Cette étude expérimentale, pratiquée sur le chien, le chat, le cobaye, le pigeon, permet de suivre dans des conditions définies l'évolution graduelle des symptômes et le développement successif des lésions anatomiques. Ainsi, pour les troubles intellectuels, on voit, dès le quinzième jour de l'intoxication alcoolique chez le chien, un changement complet dans les allures, une susceptibilité nerveuse qui rend l'animal irritable et impressionnable; un peu plus tard il a des hallucinations, des frayeurs et de l'insomnie, puis il présente du délire, aussi bien le jour que la nuit. Les troubles de la motilité apparaissent dès le second mois ; le tremblement augmente progressivement en durée, en étendue et en intensité. Jamais d'attaque épileptique.

---

(1) Statistique des alcooliques entrés au Bureau d'admission à Sainte-Anne, pendant les mois de mars, avril, mai et juin 1870, et les mois correspondants de 1871. Communication à l'*Académie de Médecine*.

Statistique des malades entrés en 1870 et en 1871 au Bureau d'admission à l'asile Sainte-Anne.— Les deux mémoires, en collaboration avec Bouchereau, parurent dans les *Annales médico-psychologiques*, janv. et nov. 1870. Ils figurent dans la première série des *Recherches sur les centres nerveux*, 1 vol., in-8° de 222 pages avec 3 planches et 2 fig. Masson, édit. Paris, 1876, p. 169-220.

(2) Recherches de physiologie pathologique. Epilepsie : alcool et essence d'absinthe. (*Arch. de physiol. norm. et patholog.*, mars et mai 1873) in *Recherches sur les centres nerveux*, 1re série, p. 75-114.

©BIUM

Les expériences avec l'essence d'absinthe ont déterminé le degré d'action du cerveau, du bulbe et de la moelle dans la crise convulsive, et prouvé que tout l'axe cérébro-spinal intervient dans l'attaque complète. L'examen du fond de l'œil et de la surface du cerveau, après trépanation, fit constater l'état de la circulation cérébrale et rétinienne pendant les divers stades de l'attaque (simultanéité de la convulsion tonique avec la congestion intense du cerveau et de la rétine et la dilatation pupillaire.)

La même année Magnan fait à Sainte-Anne une leçon intéressante qui donne une vue d'ensemble sur les troubles psychiques dans l'alcoolisme (1). Il publie ensuite une étude sur l'hémianesthésie d'origine alcoolique, question alors peu connue (2).

L'œuvre maîtresse de Magnan sur la question des intoxications est sa monographie : *De l'alcoolisme* parue en 1874, livre classique, étude complète de l'intoxication alcoolique et de l'intoxication absinthique (3). Ses descriptions sont saisissantes et les tableaux qu'il a tracés seront difficilement dépassés. Magnan étudie l'ivresse, le délire alcoolique, le *delirium tremens* fébrile, l'alcoolisme chronique. Dans le délire alcoolique proprement dit, il distingue trois groupes, correspondant à l'alcoolisme subaigu de Lasègue : 1° le délire alcoolique à convalescence bénigne, rapide et complète;

(1) Troubles de l'intelligence et des sens dont l'alcoolisme aigu et chronique. *Revue scientifique*, mars 1873, in *Recherches sur les centres nerveux*, 1re série, p. 115-132.

(2) De l'hémianesthésie de la sensibilité générale et des sens dans l'alcoolisme chronique. *Gaz. hebd.*, 15 et 22 novembre 1873, in *Recherches sur les centres nerveux*, 1re série, p. 133-156.

(3) *De l'alcoolisme ; des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement.* In-8° de 282 pages, avec 6 figures et trois tracés sphygmographiques. Delahaye, éditeur, Paris, 1874. Cet ouvrage, couronné par l'Académie de médecine (prix Civrieux 1872), a été traduit en anglais, en russe et en portugais.

©BIUM

2° le délire à convalescence lente, et à rechute facile ; 3° le délire à rechute fréquente et à convalescence souvent entravée par des idées délirantes plus ou moins systématisées (malades prédisposés).

D'importants chapitres sont consacrés à l'absinthisme, au *delirium tremens* fébrile, forme grave distinguée d'avec le délire alcoolique simple et le délire alcoolique compliqué d'affections intercurrentes. La fièvre persistant pendant plus de deux jours, le tremblement continu et généralisé, parfois une parésie généralisée, tels sont les caractères de cette forme redoutable. Puis vient la description de l'alcoolisme chronique. Enfin Magnan esquisse l'étude des combinaisons de l'alcoolisme avec diverses formes mentales, et de son association avec les maladies intercurrentes.

Après cette monographie, il faut citer deux observations (1) d'alcoolisme chronique, avec étude très complète des désordres anatomiques produits par l'action continue de l'alcool. Dans un de ces cas, tous les organes, y compris le cerveau, sont envahis par la dégénérescence graisseuse ou par la sclérose interstitielle diffuse.

Le mémoire de Magnan sur l'*alcoolisme et les maladies mentales*, en 1877, résume la plupart de ses travaux antérieurs (2). Il montre que des caractères particuliers permettent de distinguer trois formes de *deli-*

(1) Observations d'alcoolisme chronique avec dégénérescence graisseuse et cirrhose commençante de la plupart des organes. *Soc. de Biologie*, 19 novembre 1876.—Alcoolisme chronique chez un homme. (Hématome méningé, hémiplégie.) *Soc. de Biologie*, 1880, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, vol. in-8° de 572 pages, 6 planches hors texte, un graphique en chromolithographie et 27 figures dans le texte. Masson, édit., Paris, 1893, p. 94-104.

(2) *Influence de l'alcoolisme sur les maladies mentales.* Mémoire présenté au Congrès international des sciences médicales, à Genève, septembre 1877, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 3-22.

©BIUM

rium tremens : l'une symptomatique d'un traumatisme ou d'une affection intercurrente ; l'autre spontanée, apyrétique et bénigne ; la troisième spontanée, fébrile et grave ; enfin, que la folie alcoolique peut compliquer toutes les autres formes de la folie, les masquer, hâter leur éclosion, accélérer leur marche ; elle peut encore être le point de départ d'un délire avec tendance à la systématisation et à la chronicité.

L'année suivante est marquée par une communication au Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme (1878), accompagnée d'expériences sur l'*action comparative de l'alcool et de l'absinthe*.

Après une période de dix années consacrées à d'autres travaux, Magnan publie un mémoire sur *la toxicité des alcools supérieurs et des bouquets artificiels* (1).

L'industrie met à contribution un grand nombre de produits, la plupart très toxiques, pour donner aux vins, aux eaux-de-vie et aux diverses liqueurs, les apparences des boissons naturelles. Pour les eaux-de-vie, cognac, rhum, la composition des bouquets est parfois inoffensive ; mais c'est l'excipient lui-même (alcools d'industrie) qui est défectueux ; ces bouquets doivent en masquer les mauvais goûts. Il en est de même pour les liqueurs, avec cette circonstance aggravante, que quelques-uns de leurs bouquets sont éminemment toxiques. Les recherches de Magnan ont porté sur les huiles de vins, bouquets donnant l'odeur et la saveur du vin à des mélanges artificiels obtenus après des vinages intensifs. Ces bouquets provoquent des troubles graves de la respiration et du cœur. Le furfurol, contenu dans certains alcools, l'aldéhyde salicylique, qui parfume les

(2) De la toxicité des alcools supérieurs et des bouquets artificiels. *Soc. de méd. publiq. et d'hyg. profess.*, 1887, avec Laborde in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 57-87.

©BIUM

vermouts et les bitters, sont des épileptisants. Le salicylate de méthyle, ajouté aussi parfois au vermout et au bitter, provoque de la raideur et du tremblement. L'essence de noyau détermine de la raideur tétanique, des troubles asphyxiques et la mort.

Citons encore un mémoire sur les *principaux signes cliniques de l'absinthisme* (1), ainsi qu'une leçon sur l'*alcoolisme et sa marche progressive* (2). Au Congrès de médecine mentale de 1891, Magnan étudie le *Rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale* (3). La physiologie expérimentale, la clinique et l'anatomie pathologique sont, d'après lui, d'accord pour confirmer les deux modes de terminaison de l'alcoolisme, par la démence (stéatose et athérome), ou la paralysie générale (sclérose interstitielle diffuse). Le diagnostic offre parfois de sérieuses difficultés : des alcooliques chroniques avec lésions circonscrites, des dégénérés, à la suite d'abus répétés de boissons, pouvant affecter les allures d'un paralytique général.

L'année même de sa mise à la retraite, Magnan voulut mettre à profit les résultats de son expérience de l'alcoolisme pour une de ces études de statistique, telles que les aimaient Pinel, Esquirol et, plus près de nous, Baillarger et Lunier. Dans son mémoire *Alcoolisme et dégénérescence* (4), il donne le résultat de recherches statistiques portant sur les 113.000 malades entrés dans son service au cours de la longue période

(1) *Soc. de méd. publiq. et d'hyg. profess.*, 1890. In *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 23-38.

(2) De l'alcoolisme. *Bull. Méd.*, novembre 1890, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 39-49.

(3) In *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 50-56.

(4) Magnan et A. Fillassier. *Alcoolisme et dégénérescence. Statistique du service central d'admission des aliénés de la ville de Paris et du département de la Seine* de 1867 à 1912. Rapport au « First International Eugenics Congress ». Londres, juillet 1912.

©BIUM

de 1867 à 1912. Cette enquête, la plus considérable qui ait jamais été poursuivie sur l'alcoolisme, a donné des résultats intéressants : l'alcoolisme chez la femme devient de plus en plus fréquent ; le pourcentage a varié, de 1906 à 1910, entre 8.41 p. 100 et 10.11 p. 100 ; alors que, de 1887 à 1890, il n'avait été que de 3.92 p. 100 à 8.27 p. 100. C'est là une constatation désastreuse qui fera souvent redouter chez l'enfant une double hérédité alcoolique.

Pour l'homme, le pourcentage moyen de l'alcoolisme pour la période 1887-1911 est de 27.17 p. 100. L'augmentation du pourcentage est notablement moins sensible dans le sexe masculin que chez la femme. Un tableau est consacré à la statistique des formes diverses de l'intoxication alcoolique. On y voit que, pour l'année 1908 par exemple, les 699 alcoolisés (hommes 535 ; femmes 164), se répartissent ainsi qu'il suit :

Delirium tremens : 1 (homme).

Délire alcoolique : 46 (37 hommes).

Alcoolisme chronique : 649 (hom. 464 ; fem. 155).

Absinthisme : 3 hommes.

Dans les statistiques qui précèdent, il n'a été tenu compte que des alcoolisés « simples », c'est-à-dire de ceux qui doivent leur délire uniquement aux excès de boissons. Magnan, à juste titre, a voulu mettre à l'actif de l'intoxication alcoolique les admissions de nombre de psychopathes chez lesquels l'alcool avait été le coup de fouet et le révélateur des conceptions délirantes. L'année 1911 donne les résultats suivants :

Alcoolisés simples : 502 (hommes, 374 ; femmes, 128.)

Psychopathes avec appoint alcoolique : 596 (hommes, 417 ; femmes, 179).

Total des alcoolisés simples et des psychopathes alcooliques : 1.098 (hommes, 791 ; femmes, 307).

©BIUM

Le pourcentage total pour la période 1887-1911 est de 27,31, soit :

Alcoolisés simples : 16,98 p. 100.

Psychopathes avec appoint alcoolique : 10,33 p. 100.

Le pourcentage total suivant les sexes est, pour l'année 1910, de 47,16 pour les hommes et de 20,30 pour les femmes.

L'intoxication par la cocaïne a été également l'objet des recherches de Magnan (1). Il étudia les caractères particuliers du cocaïnisme, montrant que les hallucinations de la sensibilité générale y sont aussi prédominantes que celles de la vue dans l'intoxication alcoolique. Un second signe fréquent est le développement de vertiges et d'attaques épileptiques.

Aucun médecin aliéniste n'a aussi longtemps, et aussi fructueusement que Magnan, travaillé dans le domaine des psychoses toxiques aiguës et chroniques. A une observation clinique s'exerçant dans un service où affluent tous les délirants intoxiqués de Paris, le médecin de l'Admission a eu le rare mérite d'ajouter les données fournies par l'anatomie pathologique et par l'expérimentation. Ajoutons que, dans une autre série de travaux, il a étudié les délires systématisés dans l'alcoolisme, l'influence de l'intoxication alcoolique sur la paralysie générale, l'épilepsie, la dipsomanie, la démence sénile, sur l'imbécillité, la dégénérescence mentale, le délire chronique. Enfin, il a consacré de nombreux travaux au traitement, à l'assistance, à la législation, à la prophylaxie, à la médecine légale des délires toxiques. C'est ainsi que cet infatigable investi-

(1) Trois cas de cocaïnisme chronique (en collaboration avec Saury). *Soc. Biologie*, fév. 1889.

Discussion sur le cocaïnisme. *Annal. médico-psychol.*, mai 1889, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 88-93.

©BIUM

gateur, après un demi-siècle d'études approfondies, a attaché pour toujours son nom à l'histoire des psychoses toxiques.

*
* *

Les recherches de Magnan sur les affections organiques du cerveau ne le cèdent pas en importance à ses études sur les intoxications. Magnan fut toujours un partisan convaincu de la méthode anatomoclinique. « On peut, disait-il, avancer sans crainte que la recherche attentive des lésions anatomiques, la recherche aussi, malheureusement encore trop négligée, des modifications chimiques survenues dans l'intimité même du tissu cérébral, pourront, sans doute, nous conduire à la détermination de formes mentales aussi distinctes et aussi nettement définies que l'est, de nos jours, la paralysie générale. »

La paralysie générale est, dans ce groupe, le chapitre qu'il a le plus approfondi, surtout de 1865 à 1880, au point de vue et des symptômes et des lésions. Toujours soucieux de faire le départ entre les symptômes *nécessaires* de la maladie, « manifestations constantes, directement liées aux lésions diffuses de l'encéphale », et les symptômes *contingents*, en rapport avec des altérations passagères, Magnan n'a cessé d'insister, dans sa description, sur la distinction des signes essentiels (affaiblissement psychique généralisé et progressif, hésitation de la parole), signes liés aux lésions *essentielles*, d'avec les signes accessoires (excitation, dépression, troubles moteurs divers, — parmi lesquels il décrit le mouvement en trombone de la langue — délires, considérés à tort comme pathognomoniques). C'est ainsi que les délires, « dont l'activité et la forme sont des plus variables suivant les individus, et qui dépendent du degré de prédisposition du sujet, les lésions n'agissant

©BIUM

dans leur production qu'à titre d'excitant », les délires passent au second plan, au bénéfice d'un symptôme moins bruyant, mais capital, l'affaiblissement global des facultés. La forme pure, vraie, de la paralysie générale est donc la démence paralytique. D'ailleurs, les caractères typiques des délires des paralytiques, leur cachet démentiel, sont dus à cet état d'affaiblissement intellectuel généralisé sur lequel ils se produisent : Magnan a donné de ces malades une description pleine de vie, partout reproduite.

Au point de vue anatomo-pathologique, Magnan a eu le mérite, on l'a vu, de démontrer que c'était à tort qu'on localisait les lésions dans les méninges et dans l'écorce : la lésion caractéristique est une encéphalite chronique interstitielle diffuse s'irradiant dans toute la profondeur de l'encéphale. Bien plus, il a prouvé que la paralysie générale était en réalité, non pas une simple maladie du cerveau, mais une maladie de tout le système nerveux : moelle, nerfs craniens, nerfs périphériques, sympathique sont intéressés par le même processus pathologique. Ces notions anatomiques lui servirent de base pour l'étude clinique : elles rendent compte de cette démence si remarquable du paralytique, de cet amoindrissement des facultés, assurément peu profond au début, mais généralisé et atteignant d'emblée tous les modes de l'activité cérébrale, détruisant toute coordination entre les idées, les sentiments et les penchants, et ne laissant enfin plus rien subsister de la personnalité antérieure du malade.

Magnan, après avoir mis en évidence la nature de la lésion histologique, et sa généralisation à tout l'axe cérébro-spinal et aux nerfs, a, dans une troisième série de recherches, prouvé que ces lésions diffuses peuvent atteindre une intensité toute particulière en un point déterminé de l'écorce cérébrale ou de la moelle. Ainsi

©BIUM

se constitue une lésion maxima, plus ou moins localisée, sorte de foyer circonscrit, entraînant des symptômes spéciaux, qu'il est possible d'interpréter à la lumière de la doctrine des localisations cérébrales.

Son étude du diagnostic est inspirée par le même esprit de clarté, d'ordre, par la même pénétration. C'est ainsi que Magnan a débrouillé la question confuse des pseudo-paralysies générales. Enfin, dans sa conception générale de la démence paralytique, il ne s'est pas laissé influencer par la manière de voir de son maître Baillarger, et il a rejeté la « manie congestive », la « folie paralytique ». Cet ensemble imposant de travaux cliniques et anatomo-pathologiques a établi la conception moderne de la paralysie générale : les grandes lignes de sa description n'ont guère été modifiées.

On a déjà parlé des premiers travaux de Magnan (1865-1866). Arrivons aux mémoires parus après sa nomination à Sainte-Anne. En 1868, il publia une étude (1) qui a pour objet de vulgariser les connaissances histologiques acquises sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale. Il montre combien ces recherches ont été facilitées par la comparaison et le rapprochement des lésions nerveuses, médullaires et cérébrales. Et il conclut ainsi : Les lésions visibles à l'œil nu n'ont de la valeur que par leur ensemble. Elles peuvent être modifiées par des conditions purement physiques, indépendantes de la maladie. Considérées isolément, il n'est pas rare de les voir manquer. Les altérations intimes du cerveau (prolifération nucléaire du tissu interstitiel dans la totalité de l'organe) sont constantes ; ce sont, par conséquent, celles que l'on doit avant tout chercher.

(1) De l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale (*Arch. de phys. norm. et path.*, mars 1868), in *Recherches sur les centres nerveux*, 1re série, p. 37-57.

©BIUM

Dans le cas de lésion médullaire (propagation de l'altération de la moelle au cerveau, ou du cerveau à la moelle), on peut suivre le processus morbide jusqu'à son développement le plus complet, et se rendre ainsi mieux compte de ses différentes phases. Cette lésion siège primitivement sur le tissu interstitiel ; les lésions parenchymateuses, quand elles existent, semblent consécutives. Les lacunes de désintégration signalées dans la moelle pourront peut-être expliquer les accidents partiels qui se produisent quelquefois du côté de la motilité et de la sensibilité.

Cette même année, Magnan fait à Sainte-Anne des leçons *Sur la paralysie générale* (1) qui mettent en relief l'état mental du paralytique général en dehors des différents délires. La démence si particulière du malade l'expose à des actes indélicats et à des délits de toute nature qu'il commet avec une souveraine imprévoyance. Le paralytique, en effet, est délinquant ou criminel à sa manière, et la clinique seule, en permettant de bien apprécier ces dispositions maladives, fournit une base solide à la médecine légale.

Puis, vient un mémoire : *Des troubles de l'appareil de la vision chez les malades atteints de paralysie générale* (2), dans lequel Magnan passe en revue les troubles de la motilité dépendant des muscles de la vie de relation et des muscles de la vie organique : chute de la paupière, strabisme, saillie du globe oculaire, inégalité pupillaire. Il étudie ensuite les lésions rétiniennes observées à l'ophthalmoscope. En dehors des troubles circulatoires du fond de l'œil, de l'anémie ou de l'atrophie de la papille, il trouve parfois une altération des

(1) *Gaz. des Hôp.*, 12-23 mai 1868, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e serie, p. 427-445.

(2) Comm. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 4e série, t. V, 1868, p. 45.

©BIUM

artères qui se traduit par un liséré d'un gris pâle, existant des deux côtés du vaisseau. Cet aspect dépend de l'épaississement de la paroi, conséquence de l'encéphalite interstitielle diffuse.

L'année suivante, en 1869, Magnan publie un important travail d'anatomie pathologique sur *la dégénérescence colloïde du cerveau dans la paralysie générale* (1).

Dès cette époque, il note que l'encéphalite interstitielle diffuse généralisée peut s'accompagner de lésions accessoires de caractères différents : encéphalite ou méningo-encéphalite circonscrite avec production purulente ; fluxions congestives qui produisent des hémorragies, foyers de ramollissement, néoplasmes fibreux et osseux ; mais ces lésions ne se présentent qu'à titre d'altérations accessoires, accidentelles. D'autres altérations paraissent être le résultat de l'action, plus accentuée sur certaines parties, de cette irritation formative généralisée des centres nerveux qui produit la lésion fondamentale de la maladie. Telle est la *dégénérescence colloïde* : la prolifération excessive de la névroglie et des parois vasculaires, dans certaines parties, est suivie de la transformation des éléments nouveaux, non pas en fibres conjonctives, mais en substance colloïde.

Dans une note suivante, Magnan fait connaître *un cas de paralysie générale avec pachyméningite cérébro-spinale, myélite interstitielle diffuse avec plaques de sclérose* (2).

Après la guerre, Magnan reprend ses travaux sur la paralysie générale. Il fait une communication sur *la méningo-encéphalo-myélite interstitielle diffuse dans la*

---

(1) *Arch. de phys. norm. et path.*, mars 1869, avec une planche, in *Recherches sur les centres nerveux*, 1re série, p. 3–17.

(2) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 5e série, t. I, 1869, p. 113. *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 489-494.

©BIUM

paralysie générale (1). Puis vient une leçon sur les *relations entre les lésions du cerveau et certaines lésions de la moelle etdes nerfs dans la paralysie générale* (2). Les cas dans lesquels la paralysie générale est précédée, pendant de longues années, de troubles dans les membres inférieurs, mettent hors de doute l'influence directe des lésions spinales, et permettent de rapporter à leur véritable cause les symptômes analogues qui parfois se développent dans le cours de la maladie. Des névrites interstitielles diffuses, et notamment des sclé-roses du nerf optique, précèdent, accompagnent ou suivent les symptômes cérébraux ; l'examen de ces faits montre l'existence d'un lien commun unissant ces diverses manifestations. L'apparition spontanée de la sclérose d'un nerf signifie que le système nerveux possède les conditions pathogéniques nécessaires à la production de la sclérose ; que cette irritation chronique menace le système nerveux dans son entier ; qu'en frappant une partie, même très limitée, elle affirme son action puissante. De ces relations intimes entre les lésions *nerveuses*, *médullaires* et *cérébrales*, Magnan conclut que le fait capital, dans le développement de la maladie, est la disposition générale de tout le système nerveux à un mode particulier d'irritation présidant aux localisations multiples qui se produisent.

En 1873, Magnan publie son mémoire bien connu : *Des lésions des parois ventriculaires et des parties sous-jacentes dans la paralysie générale* (3). Les méninges et la couche corticale avaient attiré presque exclusivement

(1) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 5e série, t. III, 1871, p. 39.

(2) Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, *Gaz. des Hôp.*, mars 1871. *Recherches sur les centres nerveux*, 1re série, p. 59-71.

(3) En collaboration avec M. Mierzejewsky, *Arch. de phys. norm. et path.*, mars 1873, 7 figures en 2 planches. In *Recherches sur les centres nerveux*, 1re série, p. 19-35.

©BIUM

l'attention dans l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale. Toutefois, Bayle avait remarqué la fréquence des granulations à la surface des ventricules, et Joire fixait même dans les parois ventriculaires le siège de la maladie. Mais on n'avait pas établi jusqu'alors d'une manière précise la relation intime qui existe entre ces lésions ventriculaires et leurs analognes au pourtour de l'encéphale. Ce sont là deux vastes foyers d'irritation diffuse, à tendance envahissante, pénétrant dans toute la masse cérébrale, gagnant les parties profondes, à la fois par les couches corticales, de la périphérie au centre, et par les ventricules, du centre à la périphérie. C'est l'ensemble de ces altérations qui constitue les lésions propres de la paralysie générale et qui concourt à la production de l'encéphalite interstitielle diffuse généralisée. Il en est de même pour la moelle, dont l'épendyme d'une part, les commissures et le pourtour de l'organe de l'autre, sont les foyers d'où part habituellement le processus de myélite interstitielle diffuse. Les saillies mamelonnées de l'épendyme, composées de tissu conjonctif à différents degrés d'évolution, sont de véritables fibromes dont le point de départ est la couche réticulaire. Celle-ci s'irrite, prolifère, bourgeonnant par places, gagnant la surface ventriculaire, soulevant le tapis épithélial, qui finit par se rompre pour livrer passage à la touffe conjonctive. Cette excroissance fibreuse reste libre ou s'étend à d'autres faisceaux de fibres du voisinage, et c'est ainsi que se produisent les fibromes papilliformes disséminés à la surface épendymaire.

En 1874, Magnan fit une communication sur *L'état de la température à la suite d'une attaque apoplectiforme dans un cas de paralysie générale* (1).

(1) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 1874, p. 198, avec 2 tracé. *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 450-457.

©BIUM

Après une attaque apoplectiforme accompagnée d'hémiplégie droite, sans élévation de température dans les premières heures qui ont suivi le choc apoplectique, l'autopsie ne montre qu'une hyperémie généralisée, sans hémorragie.

Il étudie en 1876 *les attaques spinales épileptiformes ou convulsives et apoplectiformes avec élévation de température dans certains cas de paralysie générale* (1).

Magnan montre que la myélite interstitielle diffuse, qui accompagne souvent l'encéphalite interstitelle, diffuse dans la paralysie générale, se développe tantôt en même temps que la lésion cérébrale, tantôt après ; les troubles médullaires suivent la marche du processus phlegmasique : ils apparaissent tantôt les premiers, d'autres fois parallèlement aux phénomènes cérébraux, d'autres fois après ces derniers.

Les *attaques spinales* qui surviennent au cours de la paralysie générale sont tantôt des attaques convulsives se traduisant par de la contracture ou par des secousses cloniques ; tantôt des attaques apoplectiformes avec engourdissements, fourmillements, faiblesse musculaire. Dans tous les cas, il y a élévation de température, mais il ne survient aucune modification cérébrale.

La même année Magnan publia une note sur *La température dans le cours de la paralysie générale en dehors des attaques apoplectiformes ou épileptiformes* (2).

Lorsque E. Mayer publia, en 1838, ses recherches thermométriques sur la paralysie générale, il avait insisté sur le fait, déjà établi par Calmeil et Bayle, que

(1) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, janvier 1876, p. 25. *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 446-449.

(2) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 1876, p. 290, avec 2 tracés. *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 458-460.

©BIUM

la paralysie générale, maladie chronique fébrile, présente des temps de repos et des exacerbations, et que les périodes de manie sont marquées le plus souvent par une élévation de la température. Magnan prouva que l'élévation de température se montre également dans les formes dépressives, avec le délire hypocondriaque, le délire mélancolique et même la stupeur.

L'année suivante parut le mémoire important de Magnan sur *La sclérose du nerf optique et des nerfs moteurs de l'œil dans la paralysie générale* (1). Il insiste sur l'uniformité du processus pathologique dans le cerveau, la moelle et les nerfs. Les préparations histologiques, très démonstratives, font voir le développement de la lésion à la périphérie du nerf optique et, dans le centre, au pourtour des vaisseaux. Dans un cas la cécité (atrophie papillaire) a précédé de deux ans le début de la paralysie générale ; dans l'autre, l'amblyopie s'est manifestée quatre ans auparavant. On constate des lésions de névrite plus ou moins avancée du nerf optique, du chiasma, des bandelettes optiques, du moteur oculaire commun.

En 1877, Magnan aborde une série de recherches intéressantes, celle des *Localisations cérébrales dans la paralysie générale* (2). Deux foyers de congestion active situés l'un à droite, à la partie moyenne de la frontale ascendante, l'autre à gauche, dans le voisinage du lobule paracentral et de la frontale ascendante, avaient provoqué, à des intervalles différents, des convulsions unilatérales de l'un et l'autre côté. A droite, un foyer hémorragique, au centre de la région hyperémiée, expliquait une hémiplégie gauche qui avait précédé

(1) *Archiv. de physiol. norm. et pathol.*, novembre 1877, avec 2 planches, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 461-470.

(2) *Revue mensuelle*, décembre 1877, avec 3 figures, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 478-483.

©BIUM

et persisté après l'attaque épileptiforme de ce côté.

L'année suivante, Magnan communique une note sur la même question (1). La malade avait présenté pendant la vie des attaques épileptiformes unilatérales gauches. A l'autopsie : adhérences très étendues sur l'hémisphère droit et particulièrement au niveau des frontale et pariétale ascendantes ; lésions prédominantes qui rendent compte des accidents convulsifs du côté gauche du corps.

Puis, en 1879, vient un mémoire, toujours sur la question des lésions maxima de la paralysie générale et de leur rôle dans la production de symptômes identiques à ceux des lésions circonscrites : *Deux cas d'aphasie dans la paralysie générale* (2). Magnan montre que l'aphasie dans la paralysie générale a une même origine et une même marche que les paralysies partielles ; elle peut se présenter passagèrement à la suite d'une attaque épileptiforme ou apoplectiforme, ou persister d'une manière permanente après l'ictus ; plus rarement encore, elle peut se développer lentement. Dans l'un des cas, une aphasie persistante et une hémiplégie droite avaient succédé à plusieurs ictus apoplectiformes ; dans l'autre, l'aphasie s'était développée progressivement. Sur les deux cerveaux les adhérences étaient considérables, surtout au niveau de la troisième frontale et au pourtour de la scissure de Sylvius.

---

(1) *Paralysie générale avec sarcome angiolithique suivi d'atrophie des deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante sans monoplégie.* Com. à la Soc. de Biol., *Mémoires*, 6e série, t. V, 1878, p. 73, avec une figure, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 484-488.

(2) Com. à la Soc. de Biol., *Mémoires*, 7e série, t. I, 1879, p. 99, avec 2 figures. In *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 471-477.

©BIUM

Dans une autre observation : *Paralysie générale avec aphasie par hématome de la dure-mère*, un hématome de l'hémisphère gauche avait déterminé des attaques épileptiformes, une hémiplégie droite et de l'aphasie (1).

Au Congrès des médecins aliénistes de 1891, Magnan combattit les pseudo-paralysies générales alcooliques : il montra que l'intoxication alcoolique tantôt produit la paralysie générale, tantôt en simule les symptômes et tantôt, au contraire, les masque. Trois groupes de faits existent (démence alcoolique, paralysie générale, dégénérescence mentale) dans lesquels, par suite d'un appoint alcoolique, des individus affectés de maladies très différentes peuvent présenter des symptômes en apparence semblables. Faut-il couvrir d'un voile les difficultés du diagnostic, en englobant tous ces cas sous la dénomination de pseudo-paralysie générale alcoolique? Nullement. Une observation plus complète empêchera les erreurs.

Enfin, en 1894, Magnan voulut donner une description d'ensemble de la paralysie générale ; il écrivit une monographie substantielle où il a résumé ses travaux et son enseignement (2). Un maître de la critique scientifique, Jules Soury, a dit de ce livre qu'il compose « une synthèse magistrale des travaux et de la doctrine de Magnan... qui résume avec l'ordre et la clarté des grands cliniciens tout ce que l'expérience humaine a pu apprendre sur la plus grave et la plus instructive affection du système nerveux... Peu de traits manquent à ce tableau clinique, d'une précision élégante et forte en sa sobriété, et telle que les maîtres seuls, dominant

(1) Com. *Soc. Biol.*, 1880, p. 252.
(2) *La Paralysie générale* (en collaboration avec P. Sérieux), 1 vol. 195 pages de l'*Encyclopédie des aide-mémoire*. Masson, éditeur, Paris, 1894.

©BIUM

toute la matière de leur science, y peuvent atteindre (1) ».

Peu de temps après, dans ses leçons de 1895 (2), Magnan étudie un chapitre intéressant de l'histoire de la démence paralytique, celui des délires systématisés. L'existence de ces formes, qui paraît quelque peu paradoxale, est démontrée par l'apparition chez un paralytique, antérieurement déséquilibré, d'un délire systématisé de persécution avec hallucinations de l'ouïe, hallucinations psycho-motrices, troubles de la sensibilité générale et génitale, réactions réfléchies contre ses persécuteurs, recherche raisonnée de leur personnalité et des mobiles qui les font agir.

Aux symptômes des lésions *diffuses* de la paralysie générale, Magnan a opposé les symptômes des altérations *circonscrites* du cerveau, des lésions en foyer, telles que tumeurs, ramollissements, hémorragies. Il a étudié de près la question du diagnostic, montrant les différences qui séparent l'affaiblissement psychique généralisé des paralytiques, d'avec les affaiblissements intellectuels localisés dus aux lésions en foyer. Il fit de même pour les troubles moteurs, sensitifs et sensoriels de ces deux catégories de malades.

Les lésions circonscrites du cerveau donnent lieu à deux ordres de symptômes, suivant qu'elles intéressent les centres d'association — et dans ce cas elles déterminent des troubles psychiques — ou, au contraire, les centres de projection : centres moteurs, sensitifs et sensoriels. Magnan s'est surtout intéressé, au point de vue anatomo-clinique, à ces derniers troubles, sans négliger d'ailleurs l'étude de l'état mental et du délire

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1895, t. II, p. 133.
(2) *Leçons cliniques sur les maladies mentales* recueillies par Pechrman, 1 vol. 360 pages, Alcan, éditeur, Paris, 1897, p. 222-242.

©BIUM

des malades atteints de lésions en foyer. Rappelons brièvement ses travaux sur les aphasies, qui sont une contribution importante à l'histoire des localisations cérébrales.

Déjà au cours de son internat, Magnan s'était occupé de l'aphasie motrice. Plus tard, il étudia l'aphasie dans la paralysie générale (1877-1880). Il fut encore un des premiers en France à faire connaître les aphasies sensorielles : surdité et cécité verbales (1875-1883).

En 1875, Magnan fait une communication sur l'*aphasie simple et l'aphasie avec incohérence* (1). Une autre communication, qui a trait à l'aphasie motrice, a pour titre : *Un cas de logoplégie par glio-sarcome du pied de la troisième circonvolution frontale gauche* (2).

Le mémoire suivant : *Cécité des mots dans l'aphasie* (3) est important dans l'histoire de l'aphasie sensorielle : Un premier malade, logoplégique et hémiplégique droit, sans agraphie, présente le tableau de la cécité verbale. Il donne des détails par écrit sur un accident qui lui est arrivé, mais il ne parvient pas à nommer une lettre de la page qu'il vient d'écrire couramment. Le second malade est également atteint de cécité verbale : il écrit au tableau sous la dictée, mais il ne peut pas lire ce qu'il vient d'écrire; l'image tonale réveille le souvenir des signes représentatifs de la pensée par l'écriture, mais le centre cortical visuel ne peut plus recueillir l'image graphique. Les faits de ce genre,

(1) *Soc. de Biologie*, 1875, p. 179, avec 4 figures.

(2) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 7e série, t. I, 1879, p. 28. — Voir aussi *Mémoires*, 6e série t. V, 1878, p. 90, avec 2 figures.

(3) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 7e série, t. II, 1880, p. 38. — Voir aussi : *Des troubles oculaires dans les maladies de l'encéphale*, par A. Robin, 1880, p. 441 et suivantes, où les deux observations sont relatées avec un *fac-similé* de l'écriture de l'un des malades.

©BIUM

signalés à l'étranger, étaient, à l'époque, incomplètement connus en France.

Puis vient une *étude comparative de la démence et de l'idiotie : cas d'aphasie progressive aboutissant au mutisme* (1). Une sclérose interstitielle diffuse de l'hémisphère gauche, à l'exception des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, est suivie d'une démence, très analogue à l'idiotie, chez une femme de cinquante ans : balancement, voracité, sourire niais, vidnité du regard, mutisme. L'aphasie avait été le premier trouble du langage; le malade n'avait plus tard qu'une seule phrase à son service, puis son vocabulaire a été réduit à néant.

Ce fait semble prouver que les lésions corticales de l'hémisphère gauche peuvent suffire à faire disparaître toutes les manifestations intellectuelles.

Citons encore comme contribution à l'histoire du siège des lésions dans la surdité et la cécité verbales, deux mémoires intéressants. Dans le premier (2) Magnan donne des détails complémentaires sur les faits précédents de cécité verbale; l'un des malades, qui écrivait lisiblement et correctement, était capable de rédiger de sa main, en pleine connaissance de cause, un testament qu'il eût été dans l'impossibilité de lire, fait important au point de vue médico-légal. Certains sujets, dont le centre cortical est devenu impuissant à recueillir les images graphiques visuelles, peuvent, comme les aveugles, en ayant recours au toucher, percevoir les images graphiques, les caractères en relief et acquérir de nouvelles notions. L'autopsie de l'autre malade a montré pour l'hémisphère gauche un foyer de ramollissement décollant presque en entier le pli

(1) Com. à la *Soc. de Biol.*, 7e série, t. III, 1881, p. 406, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 401-406.

(2) *Aphasie; cécité des mots ou cécité psychique; lésions anatomiques.* Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 28 avril 1883.

©BIUM

courbe. Le pied de la troisième circonvolution frontale est également le siège d'un foyer de ramollissement.

Dans le second mémoire (1), il s'agit d'un homme qui devient logoplégique à la suite d'une attaque apoplectiforme ; deux ans après, à la suite d'un nouvel *ictus*, il ne comprend plus un mot et l'on ne peut plus communiquer avec lui que par des gestes ou l'écriture. A l'aphasie habituelle s'est ajoutée la perte de la faculté de percevoir les images tonales. Il lit chaque jour son journal et montre à chacun les articles qui peuvent l'intéresser. L'autopsie fait découvrir deux lésions à siège distinct : un foyer de ramollissement sous-cortical au pied de la troisième frontale, un second foyer au niveau de la première et de la deuxième temporales.

Citons encore d'autres travaux concernant l'anatomie pathologique du cerveau :

Méningite tuberculeuse cérébro-spinale (2).

Kyste hydatique du lobe frontal droit avec névrite optique double (3).

Sclérose en plaques avec atrophie papillaire (4).

Ramollissement cérébral chez un enfant de seize mois (5).

Encéphalite du lobe sphénoïdal droit avec attaques épileptiformes et hémiplégie gauche (6).

Hémichorée droite chez un vieillard. Hémorragie sur

---

(1) *Aphasie, surdité des mots ou surdité psychiques ; lésions anatomiques.* Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 12 mai 1883.

(2) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus 5e série, t. I, 1869, p. 284.

(3) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 4e série, t. I, 1868, p. 174.

(4) Com. à la *Soc. de Biol.*, 1869, p. 273.

(5) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 4e série, t. III, 1886, p. 158.

(6) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 4e série, IV, 1867, p. 131.

©BIUM

le pédoncule cérébral gauche, au niveau de son insertion sur la couche optique (1).

L'examen qui vient d'être fait des travaux de Magnan sur les intoxications et sur les maladies organiques du cerveau, nous amène à dire un mot de ses recherches sur l'épilepsie, affection qui participe à la fois des caractères des psychoses toxiques et de ceux des psychoses organiques. Ces recherches appartiennent d'ailleurs à la même période de sa vie que les précédentes.

Dans ses études sur l'épilepsie, Magnan manifeste les mêmes tendances que dans ses travaux sur les intoxications et sur les affections cérébrales organiques : là encore, il a recours à la physiologie expérimentale pour élucider les problèmes que soumet la clinique, et il utilise la doctrine des localisations cérébrales dans l'interprétation des symptômes.

Magnan avait déjà, en 1873, étudié, en mettant à profit les propriétés de l'essence d'absinthe, quelques-uns des phénomènes de l'attaque épileptique, ainsi que les modifications circulatoires du fond de l'œil, des méninges et de l'encéphale au cours de l'attaque. En 1876, il publie une observation d'*épilepsie de cause périphérique* avec aura ayant pour siège constant une cicatrice du talon (2). Ensuite, vient une étude de physiologie expérimentale : *Rapports entre les convulsions et les troubles circulatoires et cardiaques dans l'attaque d'épilepsie* (3). Des expériences et des tracés faits pour étudier, en deux graphiques simultanés, les caractères des convulsions aux différents stades du cycle épilep-

(1) Com. à la *Soc. de Biol.*, Comptes rendus, 5e série, t. II, 1870, p. 46.
(2) *Soc. de Biol.*, 1876, p. 393.
(3) *Soc. de Biol.*, 14 avril 1877, p. 183, avec une planche.

©BIUM

tique, et parallèlement les modifications circulatoires, il résulte que, pendant la période tonique de l'attaque, la tension artérielle s'élève, et le cœur semi-tétanisé bat avec plus de fréquence ; à la période clonique au contraire, les battements cardiaques se ralentissent, la diastole et la systole s'accomplissant avec une lenteur extrême. Ces deux états opposés du cœur, à la période tonique et à la période clonique, font concevoir deux mécanismes différents de mort par le cœur au cours de l'attaque : par tétanos du cœur dans la première période, par syncope dans la seconde.

En janvier 1882, Magnan commence dans le *Progrès médical* la publication de ses leçons sur l'épilepsie. En 80 pages et six leçons, mieux qu'en maints gros traités, il a su faire vivre, devant le lecteur, d'une façon inoubliable, les malheureuses victimes du mal sacré (1).

L'épilepsie, pour Magnan, est héréditaire; parfois, on note même l'hérédité de certains détails de l'attaque ; transmission qui désigne ainsi l'organe faible dans une même famille, la région cérébrale sur laquelle frappe d'abord la décharge épileptique. L'aura, qui prend pour lieu d'élection tantôt la sensibilité générale ou spéciale, tantôt l'intelligence, tantôt la motilité, mérite de fixer l'attention, car elle peut, dans la recherche des localisations cérébrales, fournir de précieux renseignements. Le *stimulus* épileptique frappe en effet les différentes régions de l'écorce, comme le fait l'excitation électrique dirigée par la main du physiologiste. La prédominance de chacune des manifestations de l'épilepsie est en rapport direct avec le siège prédominant de la décharge.

(1) *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, recueillies par le Dr Marcel Briand, in-8° de 87 pages avec une planche. Delahaye, Paris, 1882, in *Leçons sur les maladies mentales*, 1 vol., 435 pages. Bataille, éditeur, Paris, 1893, p. 1-85.

©BIUM

Dans le *vertige*, la sphère motrice est moins affectée que dans l'*attaque* ; dans l'*absence*, le paroxysme est plus circonscrit encore : point de convulsions, mais seulement une suspension momentanée de la conscience ; quant à l'*épilepsie larvée*, elle traduit la localisation de la décharge sur les lobes frontaux.

L'inconscience, fait dominant du délire épileptique, ne manque jamais, et, pour les épileptiques chez lesquels un délire de nature différente (mélancolie, délire systématisé, etc.) s'associe à l'épilepsie, on voit les accès paroxystiques de la névrose rester inconscients, tandis que le souvenir est conservé pour tous les détails du délire habituel. C'est ainsi qu'un alcoolique absinthique présente, après une attaque d'épilepsie toxique, un accès de délire ambitieux dont il ne conserve aucun souvenir, tandis qu'il n'oublie aucun détail du délire alcoolique survenu en dehors des attaques. Magnan note encore que l'ictus épileptique exerce une action puissante sur l'état cérébral préexistant et met en saillie les dispositions particulières de l'état mental (mélancolie, etc.).

Enfin, dans ses leçons sur les *délires systématisés* publiées en 1897, Magnan donne des exemples de délires systématisés postépileptiques (1).

(*A suivre.*)

(1) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, recueillies par Pecharman, 1 vol., Alcan, Paris, 1897, p. 183-199.

©BIUM

Pathologie.

FUGUE ET DÉLIRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GUERRE [1]

Par le Dr Raymond MALLET
Ancien chef de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Paris,
Chef du centre psychiatrique de la ...e armée.

C'est parce qu'il s'agit de troubles de même nature, troubles passagers, survenus dans les mêmes conditions chez des hommes dont la prédisposition psychopathique ne s'était pas encore révélée, du moins pour la plupart, au cours de longs mois de campagne, que nous réunissons sous le même titre certaines fugues et certains délires. On pourrait essayer de les spécifier par une étiquette commune, mais celle de dégénérescence mentale que nous avons à notre disposition est insuffisante et ne fait pas valoir en particulier le rôle de l'automatisme psychique qui est à la base de tels accidents. Des deux formes que revêtent ceux-ci, la fugue est la plus fréquente ; c'est par la voie des conseils de guerre qu'elle nous amène les malades, tandis que les autres ne sont évacués de leur régiment qu'assez longtemps après le début de leur délire.

Obs. I. — *Fugue.* — Ro..., âgé de trente-deux ans, du Ne régiment d'artillerie, sur le front depuis vingt-quatre

(1) Publication autorisée.

©BIUM

mois, est envoyé au Centre psychiatrique pour examen médico-légal le 20 août dernier. Dix jours auparavant, il avait abandonné son poste, et au bout de trois jours, il s'était constitué lui-même prisonnier à quelques kilomètres en arrière des lignes. « Cet acte est d'autant plus surprenant, dit le commandant de la batterie à laquelle appartenait Ro..., que ce canonnier est un très bon soldat et qu'il n'a jamais eu de punition jusqu'à ce jour. » La batterie occupait la même position depuis plusieurs semaines et n'était pas particulièrement bombardée.

Ro... explique qu'il « s'ennuyait » les derniers jours qui ont précédé sa fugue sans raison particulière : il avait des nouvelles rassurantes des siens et tout allait bien au régiment; mais il « se sentait triste », avait mal à la tête, ne dormait plus. Un soir « l'idée de partir m'est venue je ne sais comment... il m'a été impossible de résister... *ça me tirait à partir*... je me suis sauvé ; pendant trois jours je ne me suis pas rendu compte de ma situation, je n'étais pas fixé sur ce que j'allais faire, *je me sentais attiré*; puis le sang-froid m'est revenu et j'ai été expliquer mon cas à la gendarmerie ».

Ro.... se rappelle tous les détails de son départ, comment il a vécu pendant trois jours sans manger et sans se reposer, se désaltérant aux ruisseaux, errant au hasard avec l'idée d'aller chez lui; il est parti comme il était, sans aucun préparatif, sans avoir eu le temps de réfléchir : « Je n'avais pas de réflexion à ce moment-là, dit-il, j'ai eu un coup de folie, jamais je n'avais songé à partir. »

Dans le service, Ro... s'est montré très affecté de ce qu'il avait fait, mais il n'a pas tardé à s'occuper et à demander son renvoi au régiment. Jamais, antérieurement, il n'avait présenté de troubles quels qu'ils soient. Son père serait mort à soixante-dix ans subitement; sa mère serait « très nerveuse » ; il aurait deux sœurs plus âgées que lui, bien portantes. Marié et père d'un enfant de cinq ans, ayant eu son certificat d'études primaires, Ro... était cultivateur avant la guerre. Ce n'est pas un débile : il exprime très bien ce qu'il a éprouvé. De l'examen organique, il n'y a à retenir qu'une asymétrie faciale très marquée et une implantation dentaire vicieuse. Aucun signe d'alcoolisme.

Obs. II. — *Fugue*. — Ja..., trente-sept ans, du N[e] régiment d'infanterie coloniale, est inculpé de désertion à l'intérieur sur un territoire en état de guerre; il entre dans le service, le 19 octobre dernier, pour expertise. Dans la nuit du 27 au

©BIUM

28 juillet il avait quitté le cantonnement de repos sans autorisation et avait été arrêté par la gendarmerie le 31. Il nie toute préméditation, avoue qu'il s'ennuyait beaucoup depuis quelque temps, son désir d'aller en permission et dit ne pouvoir expliquer son départ : « Je n'avais pas été bien de la journée, j'avais très mal à la tête ; depuis quelques jours je ne dormais plus ; ça m'a pris tout d'un coup dans la tête l'idée d'aller en permission. — Vous saviez que vous n'aviez pas le droit. — On ne songe pas à tout ça, si on a le droit ou non ; quand ça prend on ne songe à rien du tout. — Vous saviez ce que vous faisiez ? — On ne peut pas faire ces réflexions-là quand on s'en va. — Vous aviez bien une idée ? — L'idée de la permission ; c'était pour aller chez moi si j'avais pu y arriver. — En aviez-vous parlé à vos camarades ? — Pas ce jour-là, mais quand j'étais dans les tranchées, je voyais les camarades partir ; ça m'a passé dans la tête et je suis parti tout d'un coup sans réfléchir. — Pourquoi n'êtes-vous pas revenu avant d'être arrêté ? — J'avais bien l'idée d'aller chez moi et je marchais sans direction précise, je me rappelle à peu près maintenant, mais pas sur le coup. Quand je me suis vu pris, je me suis dit que j'avais fait l'imbécile, mais quand ça me prend, je ne peux pas me diriger moi-même. »

Et Ja..., nous raconte que déjà, une première fois, après un an de séjour au front sans incidents, son régiment étant au repos aux environs d'E..., « ça m'a pris dans la tête, je souffrais, et j'ai marché sans savoir où j'allais ; l'idée m'est revenue le lendemain, tout d'un coup : il faut que je retourne à mon régiment », et de fait, il l'a rejoint.

Jamais Ja... n'avait présenté de tels troubles avant la guerre. Célibataire, il était employé dans une maison de commerce de grains et fourrages depuis plusieurs années, gagnant bien sa vie, ne faisait d'excès d'aucune sorte. Il a des antécédents chargés : son père serait mort de « paralysie », une tante maternelle aurait été internée ; lui-même aurait eu des convulsions dans l'enfance et de l'incontinence d'urine jusque vers onze ans. Il a obtenu son certificat d'études ; on ne peut dire qu'il soit débile. L'examen organique montre chez lui quelques stigmates physiques, tels que l'asymétrie faciale, des malformations dentaires, etc.

Obs. III. — *Fugue.* — Loy..., artilleur, vingt-huit ans, n'avait présenté aucune manifestation d'ordre impulsif ni psychasthénique avant la guerre et pendant le début de celle-ci. Sa

©BIUM

batterie était en position depuis trois mois ; après une journée calme, sans bombardement, pendant laquelle il s'était senti mal à l'aise et avait pensé plus que d'habitude encore à ses deux frères mobilisés comme lui et dont il n'avait pas de nouvelles depuis longtemps, Loy... part la nuit vers les tranchées de première ligne pour voir ses frères : « Dans mon idée, je croyais que je les verrais là. — Comment cette idée vous est-elle venue? — Tout d'un coup, je savais que le régiment était dans les environs. — Pourquoi n'avez-vous pas demandé la permission de vous absenter? — Je n'ai pas réfléchi, j'étais poussé. — Qu'est-ce qui vous poussait? — Dans ma tête, on aurait dit qu'on me disait : va-t'en là-bas, tu vas les voir. — Était-ce une voix? — Oui. — La voix de quelqu'un? — Non. — Qui arrivait par les oreilles? — Non, dans la tête. — Avez-vous cherché autour de vous si vous aperceviez quelqu'un? — Dans ce moment-là on dirait qu'on me pousse et je m'en vais sans chercher ; je marchais sans faire attention autour de moi ; je serais passé dans le feu ; je pensais à ceux que j'allais voir. »

Loy... est un garçon sobre qui s'exprime assez bien ; ses notions scolaires sont en rapport avec l'éducation qu'il a reçue. Sa mère serait morte « paralysée » à cinquante et un ans ; son père est bien portant ; de ses deux frères, plus âgés que lui, l'un aurait eu de l'incontinence d'urine jusqu'à seize ans. A retenir chez lui des convulsions dans l'enfance, de l'asymétrie faciale avec déformation cranienne en oxycéphalie, une implantation dentaire vicieuse.

Obs. IV. — *Délire.* — Lor..., trente-six ans, motocycliste, sur le front depuis le début de la campagne, est évacué pour la première fois le 12 mai 1916 et envoyé au centre psychiatrique. Il est présent au milieu, mais répond avec hésitation à nos questions. Ce n'est qu'après deux ou trois conversations que nous savons qu'on lui « transmet des pensées, qu'il ne peut pas avoir de pensées à lui » ; c'est ainsi qu'il nous explique avoir causé « par transmission de pensée » avec l'infirmier qui lui répondait par gestes. Par moments il distingue des voix : « Des fois le fluide frappe mon front, c'est un appel à ma pensée, j'écoute et j'entends la voix. — Par les oreilles? — Par les oreilles, comme quand on me parle, et je reconnais la voix ; quand je n'écoute pas, ma mentalité travaille toujours. » Pas d'hallucinations visuelles, ni de la sensibilité générale. Lo... ne se plaint pas, ne s'étonne pas de ce qu'il constate, ne cherche pas à l'expliquer. Rien d'organique, pas de fièvre, pas de signes

©BIUM

d'intoxication; bon état général. Rien dans les antécédents, mais père inconnu.

Le début remonterait aux premiers jours d'avril : Lo... était fatigué depuis quelque temps, s'ennuyait, souffrait de la tête, avait des « étourdissements » sans perte de connaissance. Un jour, se trouvant au milieu de camarades, il entend : « dors, il faut que tu dormes »; pourtant personne ne s'occupe de lui; étonné, il se croit le jouet d'une illusion. Quelques instants après, il entend de nouveau « causer » alors même qu'il est seul, et il pense qu'il y a une « transmission de la pensée » avec tous ceux avec qui il a été en relation.

Lo... s'étend peu dans ses explications et nous pensons avoir affaire à un persécuté réticent, peut-être à un début de psychose hallucinatoire chronique, mais l'évolution des accidents nous contredit. Lo..., dont l'attitude ne trahit aucune idée délirante, cause avec ses camarades de salle, surtout avec un malade qui parle aussi de « transmission de pensée ». Il est ébranlé dans ses convictions et il ne tardera pas à se rendre compte que « c'était de l'imagination, ça n'existait pas, c'était du délire ». Alors seulement Lo... nous expose en détail celui-ci et il l'a fait en partie dans une lettre que nous lui avons demandé de nous écrire.

Nous avons vu la façon dont les accidents ont débuté : « Il me semblait, écrit-il, entendre par la pensée : dors, il faut que tu dormes; je me levais alors en disant : non, je ne dormirai pas, et je m'aperçus que ceux qui étaient autour de moi étaient attentifs à ce qu'ils faisaient. Je repris donc mon travail, et c'est à partir de ce moment que je me mis à délirer. Toute ma vie depuis ma naissance m'est revenue. Je me figurais que l'on m'interrogeait sans me rendre compte pourquoi on me faisait subir cet interrogatoire; je croyais que c'était quelqu'un qui me parlait, je ne savais pas qui, on me demandait où j'avais travaillé à tel âge; je répondais assez bien, car je n'éprouvais plus de mal de tête. Au début, pour mes maux de tête je croyais qu'on m'électrisait, que c'était des ondes hertziennes, mais ça a cessé. Un jour pourtant, cela changea de thèse, je me suis figuré que j'étais entouré d'espions ; les espions falsifiaient mes lettres; mes parents, ma femme étaient morts, les lettres que je recevais étaient fausses et j'y répondais par la pensée. A ce moment, je souffrais, car j'avais l'impression que ma pensée ne m'appartenait plus; quoique sachant ma femme morte, j'avais quand même espoir de la revoir, et quand je lisais ses lettres

©BIUM

je croyais que ceux qui étaient autour de moi lisaient dans ma pensée la lettre que je lisais de mes yeux; c'est de quoi j'ai le plus souffert. De même, dans la lecture des journaux, je me figurais que ceux qui m'environnaient en faisaient la lecture dans ma pensée, mais de cela j'en éprouvais un certain orgueil; je me croyais des facultés innées. J'avais la conviction, lorsque j'écrivais des lettres, que l'on me dictait mes écrits..... Le 9 mai, après une nuit où je fis cauchemars sur cauchemars, je me réveille avec la ferme intention de partir en motocyclette à Paris, à la recherche des espions....., et il raconte une histoire de fugue à pied, sa « course aux lumières », la nuit, les « mille idées qui l'accablent », son arrestation dans une ville où il allait prendre le train, sa conduite en prison : « Je suis enfermé; c'est la cellule aux ondes hertziennes, ça sent le soufre; les ondes me font mal à la tête, le pain que l'on me donne est empoisonné, il sent le soufre. Mais il le faut, c'est pour ma sécurité et contre les espions. » Lo... parle alors de son entrée à l'hôpital. « En arrivant là, je ne savais ce qu'on me voulait. Je me couche. J'estime les infirmiers : ils veillent sur moi et me donnent du lait qui me fera passer le goût du soufre. Enfin les jours passent dans un délire qui va en diminuant. Les gens qui sont couchés autour de moi sont des neutres, fatigués de la guerre. Je lis le journal pour eux et nous causons par transmission de pensée..... Vers le 20 mai, je me lève, je change de salle; les malades qui sont autour de moi ne croient pas à la transmission de la pensée. Ils rient. Cela jette un doute dans mon esprit. Le 2 juin, la guérison se fait progressivement. Enfin, je suis changé de salle encore; je suis placé dans une salle où il y a un malade qui ressent les mêmes symptômes que moi. Je saisis sa pensée, je cherche. J'avais à un degré plus faible, son mal; je cause un peu avec lui; je suis convaincu. Je ne lui transmets aucune pensée et lui prétend m'entendre lui transmettre la pensée de près comme de loin. Cela hâte ma guérison, mon délire disparaît. Et enfin aujourd'hui je me trouve guéri. Voilà ce que fut mon délire qui dura près d'un mois et demi. Ceux qui étaient autour de moi trouvaient que je n'étais pas commode; je tournais le dos à tout le monde, entrant dans un mutisme absolu et je cachais mon mal. On voit par ce détail que je me rendais bien compte de ce que je faisais et que j'en ai gardé le souvenir. »

Obs. V. — *Délire.* — Gu..., quarante et un ans, au N^e^ régiment d'artillerie depuis quinze mois, entre dans le service

©BIUM

le 5 septembre dernier. Il n'avait jamais encore été évacué et, à son arrivée à l'hôpital, il s'informe de ce qu'on veut faire de lui, se défend d'être malade. Il est bien orienté, répond d'assez bonne grâce, quoique avec une certaine inquiétude, aux questions concernant ses antécédents, sa vie de régiment, mais n'extériorise aucune idée délirante. Pas d'état toxique ou infectieux; température normale, rien dans les urines, langue bonne. Ce n'est que le lendemain qu'il nous demande « si on va le faire disparaître » et « pourquoi puisqu'il n'a rien fait de mal ». Pendant quelques jours, Gu... reste réticent; son attitude rappelle celle du mélancolique, mais, contrairement à celui-ci, il mange bien, s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, et il ne tarde pas à étaler son délire. C'est déjà un délire rétrospectif que Gu... nous expose.

Depuis la mi-août il n'était « plus le même »; il se sentait très fatigué, souffrait de la tête, ne mangeait plus, avait de l'insomnie, des cauchemars; souvent même la nuit, il était réveillé par des soubresauts musculaires. Rien de spécial n'était survenu au régiment, mais l'éloignement de ses enfants, dont pourtant il avait des nouvelles régulières, lui pesait davantage et il aimait à s'isoler. Ses camarades s'aperçoivent de ce changement d'attitude; ils lui font des réflexions à ce sujet et Gu... nous explique : « Ils faisaient des réflexions que j'ai mal interprétées et j'ai fini par croire qu'on se liguait contre moi. » Un jour, pendant qu'il travaillait à l'échelon, il entend dire tout haut : « Quel singulier personnage », il ne « reconnaît » pas la voix, cherche autour de lui, n'aperçoit personne. Une autre fois, pendant qu'on le rase, il entend : « coupez-lui le cou »; il en fait la réflexion à celui qui est près de lui et qui lui répond n'avoir rien entendu. « Je n'y ai plus repensé, mais ça a continué. Je travaillais, mais j'avais la tête toute drôle; je ne me rappelle plus ce que je faisais; je sais que je n'avais plus de volonté, je n'avais pas d'idées suivies, il me semblait que j'étais commandé; dans un autre moment, j'aurais réagi par la colère, mais j'étais comme un enfant. Mes camarades sifflaient, je me figurais que c'était pour moi. — Est-ce qu'ils vous en voulaient? — Non, d'ailleurs je ne leur ai jamais rien fait et quand je les ai quittés, ils étaient très gentils; mais je m'imaginais qu'il y avait quelque chose de formel contre moi; quand j'entendais des exercices autour de moi, je croyais qu'on allait me fusiller... Quand je suis arrivé ici, je croyais que j'étais hypnotisé parce que je n'étais plus mon maître, je ne pouvais plus réagir, ni

©BIUM

écrire, ni penser et je croyais qu'on allait me faire disparaître, je me demandais pourquoi; je croyais qu'on m'avait enlevé mes effets, que ma mère était morte et que les lettres que je recevais étaient truquées. — Qu'est-ce qui vous le faisait croire? — Personne; je ne sais pourquoi je me mettais ça dans la tête. Je croyais qu'on saisissait tout ce que je pensais. — Pourquoi? — Tout ce que je pensais était répété tout de suite; j'étais très malheureux : on n'arrête pas de penser du matin jusqu'au soir et même la nuit; ça varie tellement qu'on ne peut pas se rappeler, on ne peut pas s'attacher à une idée; aussitôt que je voulais raisonner dessus, il en venait une autre. — Entendiez-vous parfois des voix? — Des fois c'étaient des pensées, des fois des voix. J'entendais parler dans mes oreilles sans reconnaître la voix des personnes; j'écoutais pour voir ce qu'on disait et on disait des choses pas suivies, on répétait mes pensées. — Vous ne vous étonniez pas d'entendre sans voir quelqu'un près de vous? — Non. Je me rappelle que j'ai vu trois soldats au repos avec un fusil et j'ai cru qu'on allait me fusiller et quand je l'ai demandé à mes camarades, ils m'ont dit que non. Je voyais des couleurs, du rouge, du noir, du jaune. J'entendais sortir des vapeurs de mes oreilles, je sentais des odeurs de bêtes, de taureaux. Ici, quand j'étais couché, j'entendais des pierres tomber sur moi et une voix qui disait : tu vois bien qu'on te jette la pierre; ou bien je sentais tout trembler autour de moi et je croyais qu'il y avait un appareil électrique. Alors, je me suis imaginé que c'était une vengeance de femme, une femme que j'avais connue dans la vie civile et qui m'avait fait boire quelque chose. Quand j'ai vu qu'on ne me fusillait pas, je me suis figuré qu'on voulait que je prenne un parti, que je fasse un coup d'éclat, que je tue un empereur, que je sauve le pays. Une voix me disait : il faut que quelqu'un se sacrifie, autant que ce soit toi. Il y avait une section qui me tourmentait et l'autre qui me tirait d'embarras... »

La visite de son beau-père, vers le 15 septembre, a activé la guérison de Gu... « Tout ça c'est passé, j'ai vu que c'est des bêtises; je ne vois pas qu'on puisse m'électriser; je ne crois pas qu'on puisse deviner la pensée de quelqu'un. » Et fin octobre, il nous disait : « Je veux mettre tout ça de côté, c'est ridicule, c'est un rêve qui a duré à peu près un mois; dire que depuis deux ans de guerre je n'avais rien eu. »

Gu... a ses parents et un frère bien portants. Rien dans les antécédents personnels; ni syphilis, ni alcoolisme; il a eu son

©BIUM

certificat d'études et était tailleur avant la guerre. Il a deux enfants dont un âgé de quinze ans « qui est simple, gêné de ses mouvements, ne sachant ni lire ni écrire, causant très peu, urinant souvent au lit ». Chez lui, on trouve de l'asymétrie faciale, des malformations dentaires.

On pourrait multiplier les exemples, et dans chacun, qu'il s'agisse de fugue ou de délire, on retrouverait un malaise moral et physique précédant le début des accidents aigus, celui-ci étant toujours marqué par l'apparition brusque d'une idée revêtant soit le caractère obsédant, soit celui d'une hallucination (1). Parmi les signes physiques, la céphalée est le plus important : elle précède l'éclosion des troubles psychiques et ne disparaît qu'avec eux.

Dans les cas de fugue, la période d'incubation est de courte durée, traversée en général par une sorte d'idée fixe qui subitement devient obsédante et entraîne l'acte correspondant : c'est l'impulsion psycho-motrice.

Dans les cas de délire, après une période d'incubation plus longue, les phénomènes hallucinatoires se déclanchent avec la même soudaineté et prennent rapidement une intensité telle que le malade tombe dans un état de désagrégation de la personnalité qui rappelle celui qu'on rencontre dans la psychose hallucinatoire chronique. Toutefois le délire est flou, mal dessiné, quoique tendant à la systématisation; on pourrait même dire qu'il brûle les étapes, car, dans sa rapide évolution, on retrouve ébauchés les éléments du délire chronique, interprétations du début, idées de persécution, idées de grandeur. De même, les hallucinations sont plus estompées : il s'agit plutôt de pseudo-hallucinations; les malades expliquent : « Ma pensée ne m'appartient plus... ce

(1) R. Mallet. *Fugues des dégénérés. Fugue et délire.* Réunion médicale de la IVe armée, 8 septembre et 1er décembre 1916.

©BIUM

que je pensais m'était répété de suite... c'était une voix dans la tête » ; un autre de nos malades, Leg..., raconte le début de ses troubles : « Je m'ennuyais, j'étais devenu songeur, et un jour j'ai eu des *renvois de pensées.* » Les hallucinations de la sensibilité générale sont fréquentes et ont pour point de départ des troubles cénesthésiques. Les hallucinations de la vue sont rares, au contraire, et d'ordre illusionnel ou hypnagogique. Enfin, à titre épisodique, on peut rencontrer des hallucinations du goût et de l'odorat.

L'incohérence relative du délire, la rareté des hallucinations auditives verbales semblent bien être en rapport avec la *fuite des idées* qu'accusent les malades : « on ne peut pas s'attacher à une idée, ça saute d'une chose à une autre,.. mille idées m'accablent » ; dans ces conditions, l'idée *objectivée* n'a pas le temps d'être *extériorisée.* Au contraire, si le processus idéatif est plus lent, le malade *écoute, s'adapte* et peut alors *entendre* une voix : « J'entends aussi parler dans les oreilles, dit le malade Ver... ; je n'ai qu'à penser à quelqu'un et j'entends sa voix, une voix sourde comme quand on cause de loin » ; « des fois, le fluide frappe mon front, dit Lo..., c'est un appel à ma pensée, j'écoute et j'entends la voix. »

D'autres fois, le malade perçoit des paroles qui lui semblent émaner de lui-même ; les hallucinations auditives, cénesthésiques et motrices orales se combinent alors entre elles suivant un processus assez bien défini et analogues chez deux de nos délirants. Une « idée étrangère vient à l'esprit » qui les surprend ; ils en éprouvent « un serrement de cœur », des « palpitations » ; et l'idée est aussitôt formulée verbalement et d'une façon rythmée au niveau du cœur dont chaque battement énonce une syllabe.

Chez le fugueur, l'idée obsédante prend rarement les

©BIUM

caractères d'une hallucination. « L'idée de partir m'est venue », dit Ro... ; « ça m'a pris tout d'un coup dans la tête d'aller en permission », dit Ja... ; seul Loy... explique : « Dans ma tête, on aurait dit qu'on me disait : va-t'en là-bas, tu vas les voir. » Dans ces cas, le malade n'a pas le temps de s'adapter vis-à-vis de l'idée objectivée et toute son activité psycho-motrice est concentrée dans la réalisation de l'acte correspondant ; c'est peut-être là une sorte de *dérivation* qui empêche l'éclosion consécutive d'un délire. D'ailleurs fugue et délire peuvent se rencontrer chez le même malade, mais comme épisodes isolés, indépendants l'un de l'autre.

Quoi qu'il en soit, tous les malades sont plus ou moins conscients de leur état ; le fugueur savait qu'il n'avait pas le droit de s'absenter, mais « ça le tirait, ça le poussait à partir... il ne pouvait pas s'en empêcher » ; de même Gu... se « rendait bien compte qu'il était drôle » ; « je me rendais très bien compte de ce que je faisais, écrit Lo... et j'en ai gardé le souvenir, mais je cachais mon mal » ; Leg... explique : « Je ne pouvais pas croire un tas de bêtises que ma tête pensait, mais c'était comme si quelqu'un me parlait en pensée, une autre personne dans moi. » Et relativement réticents pendant cette période de demi-conscience, les malades deviennent confiants, expansifs même, à mesure que disparaît leur délire. « Je n'ai jamais dit ça à personne, nous confesse Leg..., parce qu'on aurait dit : voilà un illuminé, voilà un fou, au lieu qu'aujourd'hui je vois bien que c'est une maladie. »

La fugue est un accident passager, riche en conséquences médico-légales et dont il faut craindre la récidive. Le délire a une évolution plus lente, subaiguë, variant de un à trois mois, en général ; aucun de nos anciens malades, dont Lor... qui nous donne régulièrement de ses nouvelles, n'est revenu dans le service ;

©BIUM

tous ceux que nous avons vus en étaient à leurs premières manifestations délirantes, mais le recul du temps est nécessaire pour juger des conséquences lointaines de tels accidents.

Depuis longtemps sont décrites la *fugue* à caractère impulsif, et la *bouffée délirante* des dégénérés. La notion du terrain est confirmée chez la plupart des malades : celle-ci se traduit, en général, par leur hérédité ou leur descendance tarée au point de vue mental, par les stigmates physiques, les troubles du développement (malformations diverses, ectopie testiculaire, etc.) qu'ils présentent. Par contre, le déficit mental est moins apparent : il est d'ailleurs difficile à mettre en évidence, d'autant plus qu'il porte sur la volonté, sur la sphère psycho-motrice, et que nos moyens d'enquête sont très limités ; retenons, toutefois, la fréquence des tics, de l'incontinence d'urine tardive chez ces malades.

Leur intelligence, au contraire, est bien développée : elle se manifeste déjà dans leurs réponses ; certains ont un passé scolaire qui a laissé son empreinte ; tous étaient bien notés au régiment. D'ailleurs, le débile intellectuel ne présente pas des accidents du même ordre. C'est un vaniteux, alors que nos malades sont plutôt des timides, c'est surtout un sot, et ces deux caractères se retrouvent dans son délire. Ou bien il s'agit d'un délire sans hallucinations : l'imagination intervient au premier chef et nous avons toute la série des débiles inventeurs, à moins que l'hypertrophie du moi ne fasse du malade un hypocondriaque, ou que les taquineries dont il est l'objet de la part de ses camarades ne l'orientent vers le délire de persécution à base d'interprétations. Ou bien le délire revêt une teinte onirique, mystique, et il devient difficile de faire la part de l'imagination, de la rêverie, de l'hallucination.

Ainsi se trouve précisée la nature de la prédisposition

©BIUM

psychopathique de nos malades chez lesquels il faut éliminer tout élément psychasthénique antérieur, de même que tout facteur toxique ou infectieux actuel. A côté d'eux on voit les vrais psychasthéniques constitutionnels qu'une crise aiguë d'obsessions, de phobies amène dans le service ; on voit les différents types d'alcooliques aigus ou chroniques ; on voit des hommes infectés, surmenés, qui font des accidents de confusion mentale aiguë, d'anxiété (1), et qui présentent un mauvais état général, exceptionnel chez nos malades, et susceptible d'expliquer le développement des troubles en dehors de toute prédisposition antérieure.

Néanmoins les conditions de la guerre semblent bien jouer un rôle prépondérant dans l'éclosion des accidents qui nous intéressent et elles leur donnent certainement un relief inaccoutumé : c'est ainsi que les phénomènes de désagrégation de la personnalité, d' « écho de la pensée » que présentent les délirants, étaient surtout l'apanage de la psychose hallucinatoire chronique ; c'est ainsi que se trouve isolé un délire demi-conscient dont le malade sort brusquement et conserve le souvenir, qui se rapproche de l'acte impulsif, conscient et mnésique, du fugueur, et s'éloigne des délires oniriques qui laissent après eux, soit une amnésie lacunaire comme dans certaines confusions, soit une idée fixe post-onirique comme dans certaines intoxications.

Fugue et délire apparaissent ainsi comme la double expression d'un même état de déséquilibre psychique, déséquilibre caractérisé surtout par la tendance à l'exagération des phénomènes d'automatisme aux dépens du tonus volontaire, déséquilibre qu'on retrouve à des degrés divers dans les faits d'onirisme hallucinatoire

(1) R. Mallet. *Etats anxieux*. Réunion médicale de la IV^e^ armée, 16 juin 1916.

décrits par M. Régis (1), dans certaines formes de confusion mentale (2), déséquilibre qu'illustre encore la fréquence du rêve, du somnambulisme chez le combattant (3), et qui semble bien être à la base d'un grand nombre des *troubles psychiques de la guerre*.

(1) Régis. Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre. *Presse Médicale*, 27 mai 1915.

(2) R. Mallet. La confusion mentale chez le combattant. *Réunion médicale de la IV^e^ Armée*, 21 avril 1916, *Société de Neurologie*, 7 avril 1916, *Ann. méd.-psych.*, janvier 1917.

(3) A. Gilles. Etude sur certains cas de neurasthénie et, à leur propos, sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu. *Ann. méd.-psych.*, avril et juillet 1916.

©BIUM

LE MÉDECIN D'ASILE

DOIT-IL FAIRE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE ?

Par le Dr WAHL

Médecin en chef des asiles publics.

Une des singularités du projet Dubief sur les aliénés tel qu'il a été voté par la Chambre des députés est qu'il autorise ceux qu'il appelle les médecins traitants des asiles à faire de la clientèle de médecine générale à la ville et à la campagne. Il est probable que, si cet article était voté sans modification, cette possibilité deviendrait bien vite une obligation, surtout dans les asiles de province. Les Conseils généraux ou l'État saisiraient ce prétexte pour faire des économies et ne donner aux médecins des asiles que des traitements insuffisants. Nous savons que les aliénistes ont protesté et avec raison.

Les malheurs des temps m'obligent à faire, pendant la guerre, de la clientèle de campagne par suite de l'absence des confrères praticiens mobilisés, et je dois dire que je ne conçois pas que cela puisse devenir définitif et qu'un aliéniste puisse, toute sa carrière, continuer à courir les grands chemins au lieu de rester dans son service, à s'occuper de ses malades et d'y faire, ce qui est, à proprement parler, sa raison d'être. Les inconvé-

©BIUM

nients sont à la fois d'ordre pratique, d'ordre moral et d'ordre scientifique.

Les inconvénients d'ordre pratique, les plus importants, sont tellement évidents, qu'ils frappent l'esprit dès qu'on y réfléchit quelque peu, tant au point de vue des malades qu'à celui du médecin lui-même. Le service que je dirige a 680 malades environ, soit 620 aliénés et 60 débiles arriérés et épileptiques. Je n'ai comme collaborateur médical, qu'un médecin praticien âgé, maire, conseiller général et, par conséquent, président de la Commission administrative de l'hospice, auquel le quartier d'aliénés est annexé, et qui a à satisfaire une clientèle d'autant plus nombreuse que lui aussi contribue à suppléer nos deux confrères mobilisés, outre sa clientèle ordinaire, et qu'il a de nombreuses fonctions administratives ; il ne réside pas dans l'établissement. Donc, toutes les fois que nous sommes à la campagne, l'asile est confié aux infirmiers souverains maîtres d'appliquer à tort et à travers des « taloches », des moyens de contrainte et des bains d'immersion. Quel contrôle pouvons-nous avoir puisque notre service ne comprend pas d'interne, pas même de sous-surveillant-chef? De plus, je tiens essentiellement à me tenir en rapport avec les familles de mes malades, à délivrer moi-même les permis de visite. Qui les délivre, lorsque je suis au dehors? Pas le médecin-adjoint qui ne reside pas (je remarque qu'il n'y a pas de médecins-adjoints dans le projet Dubief) et qui d'ailleurs est plus souvent en route que moi. Alors, sera-ce le préposé responsable dont ce n'est pas la fonction, et qui par là s'ingère dans le service médical, ce qui n'est pas exempt d'inconvénients. Seront-ce les surveillants-chefs qui prennent ainsi des responsabilités graves, dont en cas d'ennuis on ne peut leur faire de reproches, puisqu'ils le font pour être utiles.

©BIUM

Croyez-vous que surtout pendant la guerre et à la campagne, avec les difficultés de toute nature des transports, on puisse avoir, comme dans le département de la Seine, des jours de parloir et exiger que les familles viennent à heure fixe visiter leurs malades? Croyez-vous que les pensionnaires amenés par leurs proches, arriveront à l'asile au moment où précisément vous serez chez vous? Est-il exempt d'inconvénients pour le malade comme pour le médecin, que les renseignements d'entrée soient pris plus ou moins bien par un infirmier ou un bureaucrate au lieu de l'être par un médecin? Et si nous ne voyons pas les familles à ce moment, quand les reverrons-nous? Aurons-nous la possibilité de recevoir des renseignements complémentaires par lettres? Comment nous sera-t-il répondu, surtout par des cultivateurs peu instruits? ou ces malheureux seront-ils obligés, pour nous satisfaire, de s'adresser à l'instituteur, au curé, à un voisin obligeant ou à un agent d'affaires, de raconter à un tiers tous les secrets les plus intimes de leur malade ou de leur famille? Croyez-vous que des interrogatoires imprimés, comme ceux qu'a rédigés le Dr Toulouse, pussent être compris à la campagne par des gens qui savent à peine lire?

Autre chose : pendant que le médecin d'asile court le pays en quête de clients, qu'arrivera t-il dans son service si l'un de ses malades est atteint d'un accident subit, d'une hémorragie artérielle, s'il avale gloutonnement un morceau de pain qui l'étouffe, s'il tente de se suicider, même si un infirmier le brutalise gravement? Le gardien, négligent ou coupable, n'aura-t-il pas le temps, avec la complicité au moins tacite de ses camarades, d'arranger une mise en scène, de terroriser les malades qui pourraient parler ou même de leur faire dire le contraire de la vérité? Comment le médecin pé-

©BIUM

riodeute toujours sur les chemins, surveillera-t-il son personnel, le régime alimentaire des malades? Comment pourra-t-il faire (ce qui est déjà difficile même avec les règlements actuels), de la psychothérapie, comment saura-t-il ce que tel ou tel fait au travail? Le traitement des aliénés n'est pas comme celui d'un typhique ou d'un pneumonique, auquel on fait une prescription que l'entourage exécute. Le médecin aliéniste doit vivre avec ses malades. Esquirol, Ferrus, Etoc-Demazy l'ont démontré. Les plus belles recherches de Calmeil ne datent-elles pas du temps où il était médecin surveillant dans le service d'Esquirol à la Salpêtrière?

Il y a aussi une certaine importance, au point de vue de l'ordre et même de la thérapeutique psychiatrique, à ce que les visites se fassent à peu près à la même heure, chaque jour. Sera-ce possible, lorsque le médecin aura une clientèle à satisfaire au loin, qu'on viendra le chercher la nuit pour quelque accouchement laborieux et qu'il rentrera à l'aube?

Alors, fatalement, ce médecin ne sera plus le médecin-chef d'un service, il ne sera plus qu'un météore filant; ce n'est plus lui qui réglera la vie des malades, qui prescrira, en connaissance de cause, la clinothérapie, l'hydrothérapie, l'ergothérapie, qui appliquera la psychothérapie et alors l'asile français, déjà si imparfait, ne sera même plus la garderie qu'a prescrite la loi de 1838, mais tombera au niveau des Petites maisons, de Bicêtre, de la Salpêtrière à l'époque qui a précédé Pinel. Vos infirmiers redeviendront des gardiens et même quelque chose de pire, car tous les surveillants-chefs ne sont pas des Pussin. Notre tâche est déjà assez rude, lorsque nous sommes présents, lorsqu'on a des infirmiers comme ceux de l'établissement auquel je suis attaché, où l'on paie, même pendant la guerre, les infirmiers 25 francs par mois et les gardiennes

©BIUM

50 francs par trimestre, sans même les vêtir et où trois religieuses ont à s'occuper de 250 femmes indigentes ! Qui, si le médecin n'est pas là, soutiendra l'intérêt des malades contre les économies intempestives de l'administration ?

Et les laboratoires qui doivent exister dans chaque asile, qui s'en occupera ? Admettrons-nous que ce soit le médecin-directeur du projet Dubief ; il a de bien multiples occupations ? Seront-ce les médecins traitants tels qu'il faut les concevoir, d'après ce que je viens de dire ? Et cependant, ces laboratoires sont indispensables pour la clinique mentale, je ne parle pas de l'avancement de la science ; les asiles de province, que j'ai en vue dans cet article, ne peuvent pas et ne pourront jamais être des centres de recherches scientifiques ; mais il faut pourtant déceler un bacille de Koch ou de Shiga, un pneumocoque ou tel autre microbe, faire des dosages d'albumine ou de sucre dans une urine ou un liquide céphalo-rachidien, étudier une coupe histologique, à la rigueur, un séro-diagnostic ou même un Wassermann. Cela n'existe-t-il pas dans les asiles étrangers où il y a même parfois un médecin prosecteur ?

On me dira que le projet Dubief prévoit un médecin-directeur ; mais il prévoit aussi, dans certaines conditions, des directeurs administratifs ; et qui nous dit que ces conditions ne seront pas remplies partout, tôt ou tard ; je ne parle pas, car ce n'est pas mon sujet, du recrutement de ces directeurs, médecins ou non. Mais le médecin traitant, déjà sous la tutelle du directeur, ne deviendra-t-il pas, par la force des choses, un médecin-adjoint tel qu'on le voyait jadis, avec des responsabilités en plus, des droits en moins et la perspective de passer sa vie enterré dans cette situation subalterne, qui n'est aujourd'hui que transitoire ?

Ce médecin traitant sera, en outre, comme le direc-

CBIUM

teur, sous la direction du médecin que le même projet Dubief met dans la Commission de surveillance. Dans les grandes villes, chefs-lieux d'Université ou de Cour d'appel, l'inconvénient est nul; mais dans les localités petites ou moyennes, ce membre de la Commission qui peut créer des difficultés aux médecins de l'établissement, parfois même les noter ou inspirer ceux qui les notent, qui peut faire accorder ou refuser par la Commission ce que demande le chef de service, ce qu'il croit être l'intérêt des malades ou de la maison, sera un praticien local, un concurrent du médecin traitant; ils soigneront les mêmes gens dans le même milieu et, pour peu qu'il y ait entre eux des inégalités de succès, des divergences de vue, il y aura des conflits, de ces jalousies de métier qui créent des zizanies interminables et rendent des situations impossibles de part et d'autre. Que fera l'administration supérieure? Ne sera-t-elle pas obligée, par les circonstances mêmes, de tolérer ces états de rivalité regrettables dans l'intérêt des malades ou d'intervenir dans le débat, et alors il y a de grandes chances pour que ce soit le fonctionnaire qui soit sacrifié, obligé de changer de résidence, de se refaire ailleurs une nouvelle clientèle pour pouvoir vivre de sa profession, ce qui ne peut être l'effet d'un instant. En tout cas, ces rivalités risquent fort de nuire au prestige du corps médical tout entier, car dans les petites localités que nous considérons ici, ces conflits seront vite connus et nuiront dans l'esprit public à la dignité et à la respectabilité que doivent avoir ceux qui soignent les malades, surtout lorsque, comme dans les asiles, le malade ne peut exercer son libre choix.

Le médecin traitant, inférieur au moins à deux médecins locaux : son chef et le membre médical de la Commission de surveillance, ne sera-t-il pas fatalement considéré comme une sorte de sous-médecin, d'officier de

©BIUM

santé, alors qu'il aura subi, outre les épreuves du doctorat, un double concours (ceux d'interne et de chef de service)?

A un autre point de vue : croyez-vous qu'il soit facile à un médecin qui habitera l'asile, d'avoir une clientèle au dehors? Que d'établissements de ce genre sont loin des villes, à 4, 6 et jusqu'à 12 kilomètres d'un centre important! Quelle clientèle pourra faire le médecin de Maréville, de Saint-Ylie, de Saint-Robert, de Fleuri-les-Aubrais, de Montdevergues, etc.? Et alors, s'il ne peut pas avoir de clients, de quoi vivra-t-il, si les appointements sont établis en tenant compte des bénéfices aléatoires de la clientèle?

Autre point de vue qui n'est pas le moindre : que deviendra la science psychiatrique avec de telles méthodes? Ce médecin traitant qui sera un praticien : chirurgien, accoucheur, même gynécologue ou laryngologue à ses heures, obligé d'être au courant de toutes ces sciences diverses, au moins relativement, obligé de courir à pied, à bicyclette, en voiture, en automobile, à quelle heure aura-t-il le loisir, je ne dis pas de faire des travaux originaux, mais de se tenir au courant de la psychiatrie, de lire les livres nouveaux, les revues spéciales, de s'intéresser à tous ces à côté si importants de notre spécialité, la médecine légale, la psychologie normale et morbide, l'anatomie du système nerveux, l'anthropologie criminelle? A quel moment pourra-t-il comparer son service à celui de ses collègues, assister à nos réunions scientifiques particulières? A quelle heure guidera-t-il ses internes dans le domaine si limité mais si distinct qui est le nôtre? Très prosaïquement, à quel moment préparera-t-il le concours spécial qui doit lui ouvrir les postes de directeur?

Ce ne sera plus un spécialiste en maladies mentales et nerveuses, ce ne sera plus qu'un médecin médiocre

CBIUM

qui promènera son incompétence de la clinique interne ou externe à la neuro-psychiatrie, le concours s'abaissera et ne sera bientôt plus que le refuge des fruits secs de la médecine qui se contenteront d'une position subalterne peu considérée et mal rétribuée, et c'en sera fini de la psychiatrie française qui a brillé jadis d'un vif éclat et qui tient aujourd'hui une si belle place dans le monde.

Si j'écris aujourd'hui sur ce sujet qui paraissait épuisé, c'est que j'ai vu à quelles difficultés je me heurte pour mener à bien, pendant la guerre, les obligations de mon service hospitalier et celles de la clientèle rurale, et malgré toutes les fatigues que j'éprouve, je me rends compte de ce que l'une et l'autre ont à souffrir de la multiplicité de mes occupations. Je continuerai, bien entendu, tant que la guerre durera à me rendre utile le plus que je puis. Je dois dire que j'ai les meilleurs rapports avec tous les confrères du voisinage, mais cela tient à ce que tous savent que ma situation de praticien n'est qu'éphémère, que je ne cherche point à étendre ma clientèle à leurs dépens et qu'après la guerre, je me renfermerai de nouveau dans ma spécialité et mon service ; mais j'ai pu sentir de près où se trouveraient les heurts, le jour où une pareille situation deviendrait un état normal et permanent, et à une époque où les médecins plus nombreux auraient moins facilement une clientèle que dans les moments troublés que nous traversons, pendant lesquels, au contraire, les médecins ne peuvent soigner comme ils le voudraient tous ceux qui s'adressent à eux, tant ils sont surmenés.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1917.

Présidence de M. CHASLIN, président.

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

MM. Bonhomme, Haury et Rodiet, membres correspondants, assistent à la séance.

Mort de M. Ernest Huet.

M. LE PRÉSIDENT.—Messieurs, j'ai la pénible mission de vous annoncer la mort de notre collègue, membre titulaire, le Dr Ernest Huet. Il fut interne à la Salpêtrière de Legrand du Saulle et d'Auguste Voisin, de Charcot, et il était, comme vous le savez, aussi versé dans la médecine mentale que dans la neurologie. Il finit par s'occuper davantage de cette dernière, surtout au point de vue électro-thérapeutique, aux côtés de Charcot, de Raymond et du professeur Déjerine. Il fut enfin nommé chef du laboratoire spécial d'électricité de la Salpêtrière, inaugurant ainsi la série des laboratoires d'électrothérapie des hôpitaux. Je ne vous rappellerai pas ses nombreux travaux. Il était un excellent clinicien, d'une remarquable habileté technique et scrupuleux à l'extrême : il était adoré de ses malades. Il y a déjà quelques années, avant l'âge, fatigué, il avait demandé sa retraite. Mais dès le début de la guerre, il avait considéré comme un devoir de venir apporter aux blessés nerveux si nombreux de la clinique de la Salpêtrière le secours de son expérience consommée d'électro-thérapeute. A cette tâche, sans souci de sa santé ni du temps rigoureux, il se dépensa sans compter. Ces jours derniers il prit froid dans son service, et une pneumo-

©BIUM

nie double l'enleva en quelques heures, victime de son dévouement patriotique et professionnel. C'est une belle mort, bien digne de son cœur chaud et de sa haute conscience.

Messieurs, si nous regrettons tous le collègue distingué et si courtoisement bienveillant, moi je regrette le vieux camarade d'internat de la Salpêtrière. Vous me permettrez de ne pas cacher la tristesse particulière que me cause la disparition prématurée de ce bon compagnon des belles heures de la jeunesse, pendant lesquelles j'avais appris à connaître et à aimer ses belles qualités intellectuelles et morales.

M. LE PRÉSIDENT adresse à M. de Clérambault, retour de Salonique, et qui assiste à la séance, ses bien vives félicitations ainsi que celles de toute la Société, pour la guérison de ses blessures et les distinctions qui lui ont été décernées.

Rapport de candidature.

M. TRUELLE. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Lwoff, Mignot et Truelle, rapporteur, à l'effet d'examiner la candidature au titre de membre correspondant de M. Alexandre Pâris, médecin en chef à l'asile de Maréville.

Chargé depuis quinze ans du cours des maladies mentales à la Faculté de Nancy, lauréat de l'Académie de médecine de Paris et de l'Académie de médecine de Belgique, officier de l'Instruction publique, vice-président de la Société de médecine de Nancy, membre associé national de la Société de Psychologie de Paris, membre correspondant de la Société de Psychiatrie et de la Société clinique de médecine mentale, vice-président de l'Association amicale des médecins des établissements d'aliénés de France, expert depuis 1890 près les Tribunaux du ressort de la Cour d'appel de Nancy, expert depuis 1907 près le Conseil de guerre du 20e corps d'armée, M. Pâris ne manque pas, vous le voyez, de titres éminemment propres à le signaler à votre attention.

Il serait matériellement impossible d'analyser ici, ou même simplement d'énumérer les publications extrême-

©BIUM

ment nombreuses et variées, et toujours des plus instructives, de notre savant collègue. Depuis sa thèse sur le « Délire ambitieux » soutenue en 1882, M. Pâris n'a cessé en effet de faire paraître chaque année dans les journaux médicaux et dans des brochures spéciales, ou de communiquer aux divers Congrès et Sociétés savantes les résultats les plus intéressants de ses constatations et de ses recherches scientifiques : Observations cliniques, aperçus pathogéniques, indications thérapeutiques et prophylactiques, considérations médico-légales, questions d'assistance et de préservation individuelle, familiale ou sociale, rien de ce qui touche de près ou de loin à notre spécialité n'est étranger à M. Pâris. Et chacun de ces sujets, il les traite avec une compétence avertie et une clairvoyance qui nous les rendent précieux. Nous signalerons seulement, comme le principal ouvrage, les *Leçons de Psychiatrie*, parues en 1909, leçons que vous connaissez tous, et dont la lecture permet d'inférer qu'au point de vue tout au moins de l'enseignement de la clinique mentale, les étudiants de la capitale lorraine n'ont rien à envier à ceux de Paris.

Dans cet important volume, de même que dans tous ses autres travaux, M. le Dr Pâris se révèle non seulement comme un Maître précis et attrayant, et comme un clinicien très richement documenté et très au courant des découvertes et des théories récentes ou anciennes, — mais encore à la fois comme un théoricien ingénieux, parfois même audacieux, et comme un praticien sans cesse préoccupé des applications thérapeutiques et prophylactiques capables d'être déduites de ses observations et de ses recherches.

Quelques titres, ou plutôt quelques sous-titres, pris au hasard, montreront mieux que de longs discours cette dernière tendance éminemment louable, ce besoin d'être utile, qui semble caractériser tout particulièrement notre distingué collègue :

Crime, folie, alcoolisme ou dégénérescence, et mesures ou assistance préventives (Analyses de faits pour la recherche de moyens de diminuer la criminalité — avec rapport analytique et statistique). Nancy, 1900.

Le passage à l'acte dans l'obsession impulsive ou sui-

©BIUM

cide, et en général dans toute obsession impulsive (Pronostic du danger et indications thérapeutiques). *Revue Médicale de l'Est*, 1905.

La paralysie générale progressive. — Sa parenté avec la confusion mentale primitive. Sa pathogénie, son pronostic. Orientation à donner à sa thérapeutique (Causes de l'échec complet de la thérapeutique actuelle). Nancy, 1905.

Les troubles de l'intelligence, de la sensibilité ou de la volonté chez les femmes enceintes, nouvelles accouchées ou nourrices (Documents et conseils destinés aux médecins praticiens, aux étudiants en médecine, aux sages-femmes, à toutes les personnes qui s'intéressent à la recherche des causes de dépopulation, à l'amélioration de l'espèce humaine, à la diminution de la criminalité). Paris, 1911.

Manie aiguë d'un époux occasionnant un accès de manie chez l'autre (Enseignement découlant de ce double fait). *Revue Médicale de l'Est*, 1913.

Et enfin le sous-titre même des *Leçons de Psychiatrie* : caractères de dégénérescence et aliénations mentales (types) relevant surtout d'une constitution originelle anormale (ce que médecins-praticiens ne doivent pas ignorer, ce dont magistrats et avocats devraient avoir une idée générale).

Ce désir d'être utile, cette compréhension essentiellement pratique du rôle médical et social de l'aliéniste, on les retrouve à chaque instant dans le livre des Leçons de Psychiatrie. Il n'en est pas une en effet qui ne comporte des conseils et des applications utiles, soit d'ordre thérapeutique, prophylactique, ou médico-légal, soit relatives à l'assistance des aliénés. Et toutes, comme il convient, s'appuient sur des preuves de fait, sur des démonstrations tangibles, tirées des cas cliniques présentés, ou recueillies au cours de la longue et fructueuse carrière du Maître.

C'est également en envisageant leurs conséquences pratiques et en les appuyant sur l'obsevation et la critique des faits que sont construites les théories pathogéniques émises au cours de ces Leçons, ou çà et là dans des publications distinctes. De ces théories, nous n'en retiendrons qu'une, celle relative à l'étiologie et à

©BIUM

la pathogénie de la démence précoce. Elle est plus spécialement développée dans une petite brochure intitulée : *Quelques mots encore sur la pathogénie probable des Démences précoces ou primitives*, et publiée en 1913 à l'occasion du jubilé du professeur Bianchi, mais on la retrouve aussi, condensée et résumée, à la page 70 du livre des Leçons.

Partisan éclairé et convaincu des idées directrices de Morel sur la dégénérescence mentale, M. Pâris n'hésite pas un instant à rattacher la démence primitive, ou précoce, à cette tare le plus souvent héréditaire. Développant et précisant cette opinion indiquée par Christian que les futurs déments précoces sont des individus « à capital vital insuffisant », il dit à leur propos textuellement ceci : « Il semble que le cerveau a donné, en quinze ou dix-huit ans par exemple, tout le travail, toute l'activité psychogène dont il était capable, qu'il a dépensé, dans un laps de temps relativement court, toute l'énergie psychogène latente dont il avait été originellement doté, qu'il est épuisé comme organe psychogénique ; il semble, en d'autres termes, que cette déchéance intellectuelle générale et rapide désignée sous la dénomination « démence précoce » ou « démence juvénile » est le résultat d'excitances trop intenses sur un organisme nerveux trop fragilement constitué ; à la puberté, les glandes à sécrétion interne acquièrent leur pleine activité fonctionnelle et, par conséquent, les excitances qu'elles exercent sur l'encéphale ont une action d'autant plus fâcheuse qu'il est originellement plus fragilement organisé (tare héréditaire). »

Ainsi se trouvent associés, très heureusement pensons-nous, l'enseignement des maîtres de la médecine mentale française, et les données plus récemment acquises fournies par la physiologie et la médecine générales. Et c'est là, semble-t-il, dans cet éclectisme judicieux et fertile que réside ce qu'on pourrait appeler la caractéristique scientifique de M. Alexandre Pâris.

Tout en rendant hommage aux travaux étrangers, tout en puisant dans les théories et les découvertes modernes, les idées et les faits susceptibles de parfaire l'étude de notre spécialité, le savant médecin de Nancy s'est bien gardé, contrairement à l'exemple malheu-

©BIUM

reux de quelques-uns, de faire table rase du passé et de laisser dans une sorte d'oubli systématique les conceptions si claires et si remarquables de nos maîtres. Ainsi, naturellement, son œuvre vient-elle se placer à côté de ces magnifiques leçons cliniques dont la littérature psychiatrique française a le droit d'être fière.

Il n'est pas besoin, croyons-nous, d'insister davantage. M. Pâris est suffisamment connu de vous tous, sa notoriété est assez grande, ses travaux assez nombreux et importants, pour que la Société médico-psychologique soit heureuse et honorée de le compter parmi ses membres correspondants.

M. Pâris est élu membre correspondant de la Société à l'unanimité des membres présents.

De la valeur émotionnelle des maladies vénériennes dans l'étiologie et l'évolution des psychoses,

Par MM. H. Colin et J. Lautier.

Les maladies vénériennes, et tout particulièrement la syphilis, sont, en raison de leur contagiosité et de leur mode de transmission, des accidents graves qu'elles provoquent parfois, du caractère honteux que l'opinion publique leur attache et des perturbations qu'elles apportent à la vie sexuelle et familiale, une cause d'émotions tristes extrêmement vives. Il n'est donc pas étonnant qu'elles jouent dans l'étiologie des psychoses, le rôle que l'on reconnaît aux émotions pénibles et qu'elles le jouent d'une façon fréquente et intense.

Cette action étiologique de la syphilis et de la blennorragie a été admise depuis très longtemps et signalée par de nombreux syphiligraphes et psychiatres. C'est à la fin du siècle dernier que l'on commença à attribuer à la syphilis un autre mode d'action dans la production des psychoses et que l'on pensa que ces troubles mentaux pouvaient être dus dans certains cas à une intoxication par les toxines émises par l'agent pathogène. Il est bien entendu que nous ne parlerons ici que des troubles mentaux qui ne s'accompagnent

©BIUM

pas de lésions nettement apparentes et que nous laissons tout à fait de côté la syphilis cérébrale.

Jusque vers l'année 1900, l'existence de ces psychoses toxiques fut très controversée. En 1893, le professeur Mairet de Montpellier, dans ses leçons sur la folie syphilitique, ouvrage qui paraît, il est vrai, bien vieilli, refuse à la syphilis la possibilité de produire ce qu'il appelle « la folie simple », ce qui correspond aux troubles mentaux sans lésions anatomiques. En 1894, Hagelstein demande pour sa thèse (fac. de Nancy) l'opinion d'un certain nombre de médecins aliénistes et neurologistes sur les psychoses toxiques dues à la syphilis. La majorité des réponses qu'il reçoit concluent à leur existence, mais tout en réservant la part des cas où la vérole n'a qu'une influence émotionnelle. Et des lettres de maîtres incontestés viennent combattre de la façon la plus formelle la possibilité de cette étiologie. Ainsi pour le professeur Joffroy, il n'y a pas de folie syphilitique ; la syphilis peut jouer un rôle dans l'étiologie de certaines maladies mentales, mais celles-ci ne sont pas de nature spécifique. M. Pierre Marie n'accorde à la syphilis qu'un rôle identique à celui des secousses morales.

En 1894 également, M. Magnan, dans une leçon clinique, se prononce formellement contre l'existence des psychoses syphilitiques. Il écrit : « Ces descriptions qu'une saine clinique repousse sont séduisantes par leur simplicité et font si bien leur chemin, que des esprits fort intelligents, n'envisageant qu'un côté de la question, n'ayant pas toujours l'occasion de contrôler par l'étude comparative des faits toutes ces données théoriques, finissent par croire que le tubercule, la goutte, le rhumatisme, la syphilis, etc... peuvent de toutes pièces engendrer la folie, qui, par elle-même, a pourtant des caractères si éminemment personnels. Ils ont bien sous leurs yeux un tuberculeux, un syphilitique, un cancéreux qui délire, mais ils négligent de se demander pourquoi ce tuberculeux au milieu de mille autres tuberculeux, ce syphilitique au milieu d'une infinité de syphilitiques, ce cancéreux délirent, et pourquoi tous les autres syphilitiques, tuberculeux, cancéreux ne délirent pas. Il y a à cela une raison majeure, c'est

©BIUM

que ces sujets diathésiques ont à délirer les titres qu'ils puisent ailleurs que dans leur diathèse. Ils sont cancéreux, c'est vrai, mais ils sont aussi prédisposés à la folie et l'on retrouve dans cette prédisposition, dans les antécédents héréditaires, la véritable cause du délire. Ils ont la folie en puissance et les manifestations cancéreuses, rhumatismales, syphilitiques, etc... peuvent agir comme cause déterminante, ainsi qu'ont droit de le faire le froid, le chaud, les fatigues, les émotions morales, etc..., mais c'est tout ; aller au delà, c'est consacrer une erreur. »

Et M. Magnan cite à l'appui de son opinion un cas de manie, regardé par d'autres médecins comme un superbe cas de manie syphilitique, et qui avait guéri par le traitement ordinaire de la manie, avant l'institution de tout traitement antisyphilitique et sans aucune amélioration des lésions cutanées.

M. Magnan, dans les lignes que nous venons de citer, prévoyait que l'erreur qu'il dénonçait « ferait bien son chemin. » L'événement lui a donné raison. En 1899, Jacquin, dans sa thèse (fac. de Lyon), déclarait que « si, pour quelques auteurs, la relation entre la psychose et l'infection est d'ordre moral seulement, pour les autres et surtout pour l'école moderne, le délire est le produit direct de l'action toxique sur le système nerveux central ». Puis depuis 1900, peu à peu, l'on a oublié qu'il pouvait y avoir relation d'ordre moral ; l'existence des psychoses toxiques, douteuse quelques années auparavant, est devenue un dogme, sans que l'on apportât de nouveaux arguments concluants en leur faveur. Les traités élémentaires de psychiatrie, et particulièrement celui du professeur Régis ont consacré cette existence aux yeux de la plupart des médecins qui n'ont le temps d'étudier les maladies mentales que dans un précis et ne peuvent le critiquer.

Nous avons recherché les travaux, les articles parus depuis 1900 et dans lesquels est signalée simplement l'influence émotionnelle de la syphilis dans la production des psychoses : nous en avons trouvé moins de dix. Si nous nous étions au contraire occupés des travaux relatifs aux seules syphilo-psychoses, combien leur nombre eût été plus élevé!

©BIUM

On ne s'est pas contenté d'appliquer ces nouvelles théories étiologiques à la syphilis qui est une maladie infectieuse générale. Quoique la blennorragie ne se manifeste en général que par des accidents tout à fait locaux, et qu'il soit rare qu'elle modifie l'économie générale de l'organisme, plusieurs auteurs n'ont pas hésité à décrire des psychoses toxiques blennorragiques. Ils ont rangé dans ce groupe la plupart des troubles mentaux qu'ils ont vu évoluer sur des sujets atteints par le gonocoque, et ont souvent négligé de signaler la secousse morale qui est ici, sans aucun doute, bien autrement importante que l'intoxication des centres nerveux.

Et pourtant, trouve-t-on en faveur de cette théorie toxique des arguments assez forts, pour reléguer tout à fait au second plan l'influence émotionnelle des affections vénériennes?

Si nous nous reportons aux conclusions d'un auteur qui admet l'existence des syphilo-psychoses, mais qui expose impartialement les arguments favorables et défavorables à cette existence — je veux parler de la revue critique de M. le Dr Marchand parue en 1905 dans la *Revue de Psychiatrie* — nous voyons :

1° Que les psychoses syphilitiques sont rares ;

2° Qu'elles se produisent en général chez des sujets prédisposés ;

3° Qu'elles n'affectent aucune symptomatologie spéciale, revêtant l'allure de la mélancolie, de la manie et du délire hallucinatoire ordinaires ;

4° Qu'elles se produisent indifféremment au cours des véroles graves et des véroles bénignes ;

5° Que certains auteurs affirment l'action sur elles du traitement spécifique. Mais que cette action doit être mise en doute, car la durée moyenne de ces troubles mentaux, chez des sujets traités, est de huit mois, c'est-à-dire à peu près aussi longue que celle des troubles mentaux analogues non spécifiques, et car on observe fréquemment des guérisons chez des sujets n'ayant subi aucun traitement.

Après cela, on peut se demander si l'existence des syphilo-psychoses est bien solidement établie et si elles ne sont pas issues du raisonnement : *Post hoc, ergo propter hoc.*

©BIUM

Notre but n'est d'ailleurs pas de nier de façon absolue que la syphilis et la blennorragie puissent produire des psychoses toxiques. C'est de tâcher de mettre en lumière le rôle qu'elles peuvent jouer, en tant que secousses morales dans la production de troubles mentaux, et de rapporter quelques observations où elles nous paraissent jouer de façon apparente ce rôle trop négligé.

Obs. I. — Le malade Sa... a été mobilisé au début de la guerre, dans le service auxiliaire. Il a assisté, comme brancardier volontaire, à la bataille de la Marne. Puis il a été longtemps employé comme infirmier au Grand Palais. Ayant contracté une blennorragie, il est soigné à l'hôpital Chaptal. Quoique les symptômes s'amendent rapidement, il se sent triste, déprimé. Le major qui le soigne lui fait une prise de sang, fait faire la réaction de Wassermann, puis annonce sans aucune circonlocution le résultat de cette réaction au malade : elle est partiellement positive. Sa..., ayant été infirmier, sait vaguement ce que c'est que la réaction de Wassermann, il croit que celle que l'on vient de faire indique d'une façon indubitable qu'il est syphilitique. Il est pris d'une irrésistible impulsion au suicide, et d'un coup de rasoir, il se tranche la gorge. Avant d'être malade, lorsqu''il songeait à la syphilis, il s'était souvent dit que, s'il contractait ce mal, il se tuerait.

Après un séjour à Charenton, où il a été réformé, Sa... entre, le 19 septembre 1916, à Villejuif. A son entrée, le malade respire par une canule trachéale, il ne peut parler. Il répond à l'interrogatoire par écrit.

Il nous apprend ainsi qu'il ne se connaît aucun antécédent mental héréditaire ; pas de suicide dans sa famille. Lui-même a toujours été un nerveux et un émotif. Dans la vie civile, il est cultivateur en Auvergne ; il est marié et père de plusieurs enfants. Lorsqu'il a été atteint de blennorragie il s'est tourmenté, pensant que cette affection le tiendrait longtemps éloigné de son foyer. Lorsqu'il s'est cru syphilitique, il a pensé qu'il ne pourrait plus jamais reprendre son existence antérieure au milieu des siens et ç'a été la cause essentielle de son suicide.

Sa... prétend qu'après s'être blessé, il a pu parler et respirer normalement pendant trois semaines. C'est au bout de ce temps qu'on lui a placé une canule dans la gorge. Nous l'avons fait examiner au pavillon de Chirurgie, à Sainte-Anne. Cet examen a montré que les deux nerfs récurrents avaient été sectionnés, qu'aucune opération ne pourrait améliorer l'état du malade et qu'il devrait toujours respirer par sa canule.

Sa... sait maintenant qu'il n'est pas syphilitique, il sait que

©BIUM

sa blennorragie est guérie. Mais les préoccupations hypocondriaques n'ont pas disparu pour cela, et elles ont pris pour base les troubles qui résultent de sa blessure. Sa... prétend qu'on lui a enlevé le larynx et il se demande pourquoi on lui a fait cette opération, lorsqu'il suffisait de suturer la plaie pour le guérir. Quoique nous l'ayons toujours vu respirer sans peine par sa canule, il dit avoir des crises violentes d'étouffement. Ces crises incommoderaient la nuit ses voisins de dortoir, lesquels ne se sont jamais plaints de rien. Il se forme sur la canule un dépôt de vert de gris qui l'empoisonne. Enfin, il demande qu'on l'attache ou qu'on le mette en cellule pour l'empêcher de se faire à nouveau du mal.

Il s'accuse d'avoir commis une grave faute en essayant de se suicider. Il demande qu'on le tue plutôt que de le laisser dans la situation où il se trouve. Voici un échantillon des lettres quotidiennes qu'il nous remet :

« Monsieur le Docteur,

« Je vous en prie, dites-moi ce qu'on veut me faire. Il ne m'est plus possible de rester au lit; je suis complètement étouffé. Vous pourrez me donner quelque chose pour me faire mourir, si vous voulez, car je sens bien qu'il n'y a rien à faire pour me soulager. Ou bien, mettez-moi en cellule et attachez-moi sans que je puisse bouger. C'est ma faute si je suis comme ça, mais qu'on me fusille ou qu'on me mette en prison; c'est tout ce que je demande. Je regrette beaucoup ce moment de folie, que j'ai eu je ne sais pourquoi. Je ne demande pas mieux que de guérir, mais il n'y a rien à faire. »

Sa... n'a fait qu'un court séjour à Villejuif. Transféré sur sa demande dans l'asile dans son département, il a essayé, durant le voyage, de se suicider en arrachant sa canule trachéale.

Obs. II. — Beu... ne présente aucun antécédent mental héréditaire ni personnel. Marié et père de deux enfants, il exerçait la profession de trieur de laine dans une ville du nord de la France. Lors de l'arrivée des Allemands, il est pris comme prisonnier civil, séparé de sa famille et envoyé à Darmstadt, où il passe treize mois.

Quatre ans avant la guerre, il avait eu une pleurésie, accompagnée d'endocardite et de néphrite, dont il s'était assez bien remis. Au bout de quelques mois de séjour à Darmstadt, il est atteint d'albuminurie abondante. C'est comme malade qu'il est libéré et envoyé en France par la Suisse. Il ne s'était pas tourmenté outre mesure de cette maladie.

A Paris, où il vient se fixer, il trouve du travail dans une usine. Mais bientôt, il se sent fatigué, sans force pour faire son ouvrage. Il ne sait plus prendre une décision et perd une

©BIUM

place avantageuse en négligeant de se présenter au patron qui lui avait donné rendez-vous. Il quitte l'usine où il travaillait, parce qu'il se trouve incapable de faire sa tâche. Le soir même il sent — lui qui n'avait jamais trompé sa femme jusqu'alors — une impulsion irrésistible à aller chercher des consolations auprès d'une prostituée. Il cède à son impulsion et, après quelques semaines d'incubation, il s'aperçoit qu'il a contracté la syphilis.

Pendant ce temps, tous ses chagrins n'avaient cessé de croître, et sa tristesse d'être séparé des siens, et son incapacité de travail, et les embarras matériels qui en résultent. Lorsqu'il se voit, de plus, atteint d'une maladie qu'il juge honteuse, dont il s'exagère la gravité et qu'il croit incurable, c'est un choc terrible qu'il ressent. Sa faiblesse lui apparaît comme un acte impardonnable; il voit son foyer complètement désorganisé. Cependant, il ne se laisse pas encore aller tout à fait. Il se fait soigner.

Il s'adresse d'abord à un de ces cabinets spéciaux, dont les réclames se voient dans tous les urinoirs. Mais le spécialiste est un « mangeur d'argent »; Beu... voit fondre ses modestes économies, et c'est une tristesse de plus.

Mieux conseillé, il entre à l'hôpital Saint-Louis. Sous l'influence du traitement, ses lésions secondaires s'améliorent. Mais il se refuse à voir cette amélioration, il est « obsédé », comme il dit lui-même, par sa maladie. Chaque jour il se découvre de nouveaux symptômes; il trouve que son état s'aggrave. Il sort un dimanche matin, à la fin du mois d'avril 1916 et, dans une rue de Montmartre, tente de se suicider en se jetant sous un camion.

Une roue lui passe sur la tête mais ne produit aucune lésion grave, cassant seulement quelques dents. On le transporte d'urgence à l'hôpital Lariboisière, d'où, au bout de deux jours, on le renvoie à Saint-Louis. Là, on ne peut le garder en raison de ses troubles mentaux et on le dirige sur les asiles.

Il entre, le 9 mai 1916, dans le service du Dr Colin, à Villejuif. A son entrée, il est très déprimé. Il parle sur un ton absolument tragique. Voici quelques-unes des expressions qu'il emploie pour parler de son état. « Il a contracté l'horrible maladie de la syphilis. Il a été affolé. Ce sera pour lui un remords éternel d'avoir fait ce dont il est puni. Il a commis un acte impardonnable. Il demande en joignant les mains d'être sauvé de cet affreux mal. Il est certain que sa femme ne voudra plus le revoir. Il a eu l'idée de se suicider devant les progrès effrayants de la maladie. »

En fait de signes physiques, on note des plaques muqueuses caractéristiques, normales comme aspect et comme étendue, de

©BIUM

la langue et des lèvres, et des boutons sur une jambe qui paraissent dus à une inflammation bénigne. Mais le malade veut à toute force faire voir des « lésions » sur ses organes génitaux et à différents endroits de son corps, lésions qui sont invisibles pour tout autre œil que le sien.

Beu... est alité et soumis à un traitement mercuriel. Les plaques muqueuses disparaissent rapidement. Mais bientôt, on voit qu'il faut exercer sur lui une surveillance attentive et continue, car les premiers mois de son séjour à l'asile sont semés de tentatives de suicide très rapprochées. Il ne laisse passer aucune occasion de chercher à en finir avec la vie. Tantôt, lorsqu'il se procure une épingle ou un crayon pointu, il se crible de piqûres la région précordiale; tantôt il fait un garrot d'un foulard et d'une brosse à dents; tantôt il cherche à s'étouffer avec les objets les plus hétéroclites : un marron d'Inde apporté de la cour par un autre malade, la laine de son matelas qu'il découd, des boulettes de papier, etc...

Toute lésion spécifique ayant disparu, on suspend le traitement mercuriel. Mais Beu... ne se juge pas guéri. La moindre excoriation, la plus petite pellicule qu'il remarque sur son corps constitue une lésion syphilitique; il supplie qu'on le soigne, qu'on le guérisse, qu'on ne le laisse pas envahir par son terrible mal.

Quittant le service en automne 1916, c'est dans cet état que j'ai laissé le malade. Je viens de le revoir et de l'interroger, il y a quelques jours. Il va mieux. Sa tendance au suicide a disparu et l'on peut maintenant le laisser libre à l'intérieur du quartier. Ses idées hypocondriaques se sont atténuées sans disparaître; il se plaint de la gorge, de la tête. Il se juge toujours atteint d'une maladie honteuse et incurable, qui le conduira sans aucun doute à la paralysie. Sa femme est informée de son mal (il a, il est vrai, tout confié à son beau-frère) et elle ne voudra jamais reprendre la vie commune avec lui et le tiendra toujours séparé de ses enfants.

Obs. III. — Tri... entre à l'asile de Villejuif en janvier 1916. Il est allé trouver des agents de police dans la rue et leur a dit qu'il était malade, qu'il ne pouvait plus travailler et qu'il perdait la tête.

Le lendemain de son entrée, il fait le récit suivant, entrecoupé de crises de larmes. Il est Belge, et il est séparé de sa femme et de ses deux enfants qu'il a laissés en Belgique. Les Allemands lui ont donné un laissez-passer pour la Hollande, d'où il a gagné Paris. Mais depuis qu'il est à Paris, il est triste, il ne dort plus. Cet état vient de ce qu'il a, depuis longtemps, une « maladie de femme »; il entend par là la syphilis. Il est dans l'impossibilité absolue de travailler; il ne

©BIUM

s'en sent plus du tout la force. La maladie le rend très faible. Il a un chancre de la langue.

En fait, Tri... présente une tumeur sur le bord gauche de la langue; mais cette tumeur n'a pas du tout l'aspect d'un chancre. Elle paraît être de nature kystique. Le malade se plaint d'irradiations douloureuses partant de son prétendu chancre, qu'il touche continuellement de ses doigts.

Petit à petit, Tri..., que l'on a alité, se calme, reprend des forces et peut nous raconter son histoire.

Son père est devenu fou, à la suite, dit le malade, d'une congestion cérébrale. La veille du jour où l'on devait le conduire dans un établissement d'aliénés, il a trompé la surveillance des siens et s'est suicidé en se jetant dans un étang. C'est le seul cas de folie que l'on connaisse dans la famille. Le malade a six frères et sœurs en bonne santé. Lui-même a toujours été un nerveux; jusqu'à l'âge de dix ans, il a été un enfant chétif que ses parents ont eu grand'peine à élever. Plus tard, il eut des peurs irraisonnées, de brusques sautes d'humeur; un rien suffisait à le rendre triste, un rien à l'égayer. De plus, c'était un timide, inhabile à prendre une décision, ayant toujours, dans son métier d'armurier, peur de mal faire quand il commençait à façonner une nouvelle pièce.

Depuis qu'il est à Paris, il a un grand regret d'être séparé de sa femme et de ses enfants; il se reproche de les avoir quittés et est inquiet sur leur sort, bien qu'il ait eu des nouvelles et que tous soient en bonne santé. Il a des difficultés à ordonner sa vie matérielle dont sa femme s'occupait en Belgique.

Peu de temps après son arrivée à Paris, un parent s'occupe de le faire entrer comme armurier dans une usine. La veille du jour où il devait se présenter à l'atelier, il a une sensation bizarre dans le métro. Il se trouve, dit-il, « tout bête », c'est-à-dire que tout ce qui l'entoure lui paraît étrange, qu'il perd la notion de la réalité des choses. Le lendemain, chez son nouveau patron, il doit faire un « essai », c'est-à-dire façonner une pièce, pour prouver son aptitude au métier d'armurier. Il est très ému, il s'énerve, il se presse, il finit son travail quatre heures avant les autres, mais « l'essai » est manqué. On lui refuse une place d'armurier, et on ne consent à lui confier qu'un travail de manœuvre.

Il fait ce travail quelque temps; mais il est rudoyé par le contremaître, en butte à des brimades de ses camarades. Les efforts physiques le fatiguent. L'idée s'impose peu à peu à son esprit que cela ne pourra pas durer, qu'il va être forcé de quitter son travail, qu'il perdra sa place et ne pourra pas gagner sa vie. En même temps, ses mains commencent à trembler; il ressent des crampes d'estomac continuelles. Puis il

©BIUM

dort de moins en moins; ayant l'habitude de ne boire que de l'eau, il essaie de prendre chaque jour un peu de vin, pensant se procurer ainsi un peu de sommeil. Mais au contraire, l'insomnie augmente. Il couche dans le même lit qu'un camarade belge et, pour ne pas déranger celui-ci, il prend l'habitude de passer les nuits assis sur une chaise, sommeillant quelques heures et le plus souvent songeant à sa femme et à ses enfants.

Il finit par abandonner sa place, ne se sentant plus la force de travailler. Et quelques jours après, il entre à l'hôpital de la Pitié. Il y reste quinze jours, on le laisse au lit, on lui donne une potion qui doit le faire dormir et qui, en fait, ne lui procure que deux heures de sommeil. L'interne l'interroge longuement pour savoir s'il n'a pas eu la syphilis, attire son attention sur la tumeur qu'il porte à la langue depuis une date indéterminée.

Tri... comprend alors qu'il est atteint d'une « maladie de femme » qu'il a contractée jadis sans s'en apercevoir, que ce qu'il a à la langue est un chancre, que c'est à cette maladie que sont dues toutes ses souffrances. Il mesure toute l'étendue de son malheur; il voit qu'il ne guérira pas et que son foyer va être désorganisé.

Après quinze jours de séjour à l'hôpital, on signe sa sortie. Il se trouve au dehors toujours incapable de travailler et obligé de vivre sur le peu d'argent qui lui reste. Au bout de quelques jours, ne sachant comment sortir de cette impasse, il va trouver des agents de police dans la rue et leur dit dans quelle situation il se trouve.

Aujourd'hui, Tri... se trouve depuis plus d'un an à l'asile de Villejuif. Disons d'abord qu'il n'a présenté aucun signe de syphilis; sa tumeur linguale est toujours la même qu'à son entrée; elle n'a subi aucune augmentation, ni régression, et il a cessé d'en souffrir depuis qu'il n'y prête plus attention. La réaction de Wassermann a été négative.

Au point de vue mental, Bri... est amélioré, mais non guéri. Pendant longtemps, les dénégations les plus énergiques n'ont pu chasser sa conviction qu'il était syphilitique. Puis il s'est rendu aux arguments des médecins, mais il attribue maintenant sa dépression à des habitudes d'onanisme qu'il a eues de l'âge de quinze ans jusqu'à son mariage. Les idées d'indignité, pour être rapportées à une autre cause, n'en subsistent donc pas moins. Les idées d'incurabilité sont un peu plus vagues. Tri... accuse toujours des sensations cénesthésiques désagréables; il pleure encore lorsqu'on le questionne. Il n'a jamais manifesté aucune tendance au suicide.

Obs. IV. — Le soldat Bon.... qui a fait campagne, entre à

©BIUM

la Section militaire de l'asile de Villejuif, présentant un état mélancolique, greffé sur un fonds très apparent de débilité mentale. Son père était buveur : il était un peu « chaud » tous les dimanches; un de ses oncles n'avait pas la tête très solide. Lui-même n'a rien pu apprendre à l'école. Il est cultivateur, marié et père de famille, assez buveur.

La dépression mélancolique est absolument banale : il se sent triste, déprimé, atteint de faiblesse générale. Il dort très peu et son sommeil est empli de rêves terrifiants. Il a eu des hallucinations auditives et a entendu dire à ses camarades qu'on le tuerait, qu'il fallait qu'il y passe. Tout le monde le fuyait et parlait de lui. Très superstitieux, il a remarqué depuis quelques jours un grand nombre de mauvais présages : vols de corbeaux, chats crevés, etc... qui lui annoncent les événements les plus terribles.

Lorsqu'on a alité le malade, ces symptômes disparaissent avec la plus grande rapidité. Au bout de dix jours, on peut le faire lever et l'occuper au jardinage.

Quelques jours se passent, et le malade vient montrer un matin à l'interne du service, un bouton qui s'est développé sur sa verge; c'est un chancre induré commençant à évoluer. Aux questions qu'on lui pose, Bon... commence par nier qu'il ait vu aucune femme depuis son départ de chez lui ; puis, pressé par le médecin, il finit par avouer de façon très embarrassée qu'il a eu une fois, quelque temps avant son entrée, des rapports sexuels.

Le lendemain, Bon... vient voir l'autre interne dans lequel il a plus de confiance. Il lui affirme que, la veille, il s'est laissé impressionner par l'insistance des questions, qu'il n'a pas osé continuer ses dénégations, mais qu'en réalité il n'a jamais trompé sa femme. Sa sincérité ne peut être mise en doute et l'on est forcé d'admettre comme probable, le mode de contagion qu'il indique lui-même, par un sac de couchage sale, ayant déjà servi à d'autres.

Mais l'enquête médicale a attiré l'attention de Bon... sur sa lésion; il commence à s'en affecter et retombe dans un état mélancolique. Il ne guérira pas, il n'osera plus jamais revoir sa femme. Heureusement que ce n'est pas la vérole, sans quoi il ne sait pas ce qu'il ferait.

La débilité mentale du malade lui a permis en effet d'ignorer de quelle maladie il était atteint. On n'en a pas prononcé le nom devant lui.

Cette nouvelle phase mélancolique se termine comme la première en quelques jours, bien avant la cicatrisation du chancre.

On a attendu la disparition de tous les accidents secondaires, puis, comme on ne pouvait le maintenir indéfiniment à l'Asile,

©BIUM

Bon... est parti en convalescence, muni des conseils d'hygiène nécessaires.

Obs. V. — Boi..., ouvrier d'usine mobilisé, entre à la Section militaire de l'Asile de Villejuif le 6 décembre 1915. Il vient de faire une tentative de pendaison; il présente encore un sillon du cou dû à la striction de la corde et une double ecchymose conjonctivale.

Le malade est un dégénéré, qui a donné déjà des preuves de déséquilibre mental. Il n'est pas alcoolique. Son père est mort aliéné, interné à l'asile de Niort.

A son entrée, Boi... est dans un état d'anxiété extrême qui l'empêche de répondre aux questions; il pleure, il gémit, il se plaint vaguement d'avoir contracté une maladie vénérienne, il montre ses organes génitaux qui sont sains, en disant : « Regardez, c'est tout violet. »

Au bout de quelque temps, l'anxiété diminue, l'état mental s'améliore et le malade peut nous donner les détails suivants. Il est marié et n'a pas d'enfants, mais sa femme fait de sa vie un véritable enfer; elle s'adonne à la boisson et est ivre tous les jours; elle ne s'occupe pas de son ménage. Il a eu souvent l'intention de la quitter; il a été plusieurs fois sur le point de le faire, mais il l'aime trop. Il ne peut pas se résoudre à l'abandonner.

Il y a quelques mois, il a contracté une blennorragie, dont il s'est fait soigner. Au bout de quelques jours l'écoulement s'est tari; le médecin lui a dit qu'il était guéri. Peu de temps après, il a lu sur une réclame de cabinet médical, apposée dans un urinoir, qu'il faut surveiller ses urines et que, si l'on y découvre des filaments, il faut suivre un traitement. Boi... a examiné ses urines, il y a découvert des filaments. Dès lors, il s'est abstenu de reprendre des rapports avec sa femme, et il s'est adressé successivement à tous les Cabinets du genre de celui dont il avait lu l'affiche, il a essayé tous les médicaments qu'on lui a ordonnés; il a demandé des conseils et des drogues aux pharmaciens. Peine perdue; il a beau dépenser en remèdes la plus grande partie de ce qu'il gagne, il trouve toujours des filaments dans son urine; il en trouve même de plus en plus.

Il se juge incurable, il ne pourra jamais avoir de nouveaux rapports avec sa femme, qu'il ne veut pas contaminer. N'ayant plus aucun espoir, il essaye de se pendre.

A l'Asile, son état mental s'est amélioré assez rapidement. L'amélioration était toutefois souvent interrompue par de nouvelles dépressions de quelques jours de durée, avec anxiété et crises de larmes. En février 1916, il paraît guéri et sort du service.

Il y rentre quatre mois après. Dès sa sortie, il avait recom-

©BIUM

mencé à s'occuper de son état génital, à courir de médecin en médecin et à se droguer. Son état est absolument le même que lors de son premier séjour.

L'amélioration est plus lente à se produire et Boi... ne sort du service qu'au bout de six mois, à la fin de l'année 1916.

Ces cinq observations se rapportent à des cas assez différents. Nous les avons rassemblées, car elles nous paraissent contribuer toutes à bien mettre en lumière la valeur émotionnelle des maladies vénériennes dans la production des troubles mentaux.

La première nous paraît se rapporter à un cas de suicide analogue à ce que le professeur Fournier appelle, dans son article sur le suicide dans la syphilis, le suicide par notification première de la syphilis. Ce cas offre des caractères bien particuliers. En premier lieu, il a été occasionné, non pas véritablement par la notification de la syphilis, mais par la communication du résultat d'une réaction de Wassermann. En réalité, le malade n'a très probablement jamais été syphilitique, mais le mécanisme de son suicide a été le même que dans les cas envisagés par le professeur Fournier. Le malade a interprété le résultat partiellement positif du Wassermann comme un signe certain de la maladie, et la secousse morale a été la même. Il se dégage de ce cas un enseignement déontologique : c'est qu'il ne faut pas faire faire sans raison la réaction de fixation, et surtout qu'il ne faut pas en indiquer les résultats au malade sans prendre les précautions qu'a indiquées le professeur Fournier dans son article, et sans lui expliquer la valeur véritable de la réaction.

La deuxième remarque, c'est que cette tentative de suicide a été faite par un malade déjà atteint de dépression et d'hypocondrie ayant débuté au cours d'une blennorragie. Chacune des deux maladies vénériennes paraît donc avoir eu sa part étiologique. Remarquons encore que le malade était prédisposé à son acte par l'opinion qu'il avait antérieurement de la vérole : il avait décidé que si jamais il contractait ce mal, il se tuerait.

Enfin, lorsque le malade a été guéri de l'affection qu'il avait, et lorsqu'il a su qu'il n'était pas atteint de

©BIUM

syphilis, il n'a pas été débarrassé de ses préoccupations hypocondriaques, mais il les a greffées sur les troubles résultant de son égorgement.

C'est avec intention que nous avons rapproché les deux observations qui suivent, celle de Beu... et celle de Tri... L'étiologie des deux cas est bien dissemblable : le premier des deux malades est un syphilitique avéré, l'autre s'est seulement cru syphilitique. Mais le tableau clinique est à peu près le même : les sentiments de déshonneur, de désagrégation de la famille et d'incurabilité, les préoccupations hypocondriaques, les troubles cénesthésiques existent dans les deux cas, plus marqués tantôt chez l'un, tantôt chez l'autre.

Tous deux, à leur entrée dans le service, faisaient découler leurs symptômes de leur maladie sexuelle. Ce n'est qu'en les interrogeant beaucoup plus tard, que nous avons pu mettre en évidence chez les deux des prodromes mélancoliques très nets et bien antérieurs. Aussi, après une observation trop courte, on aurait pu croire que chez Beu... la psychose avait éclaté en pleine période secondaire et la décrire comme une syphilopsychose.

Notons en passant la tendance violente au suicide que présentait ce malade, tendance sur laquelle nous reviendrons plus loin.

La quatrième observation est une observation de rechute chez un mélancolique convalescent, à l'occasion de la manifestation primaire de la syphilis. Cette rechute a été de très courte durée, les troubles mentaux ont disparu bien avant la cicatrisation du chancre, et l'hypocondrie a été réduite à son minimum. Nous attribuons cette bénignité au fait que le malade, d'ailleurs débile mental, n'a jamais su exactement de quelle maladie il était atteint.

Enfin, notre dernier malade nous paraît un mélancolique, prédisposé héréditairement, qui a emprunté les éléments de son délire à une blennorragie dont il avait été atteint longtemps avant l'apparition des troubles mentaux, qui l'avait beaucoup affecté et dont il ne voulait pas constater la guérison.

Tous nos cinq malades nous paraissent donc de simples mélancoliques, chez lesquels la maladie vénéri-

©BIUM

rienne dont ils se sont cru ou ont été atteints a, par la secousse morale qu'elle a produite, ou aggravé l'état ou influencé les idées délirantes.

Nous croyons que, dans la grande majorité des cas, c'est par leur valeur émotionnelle que la syphilis et la blennorragie font éclore ou viennent aggraver des états mélancoliques, dans lesquels prédominent des préoccupations hypocondriaques.

Nous avons noté que beaucoup des malades dont nous nous occupons sont prédisposés, héréditairement ou personnellement, aux troubles mentaux. On ne voit aucun parallélisme entre la gravité des symptômes physiques et celle des symptômes psychiques. Enfin, le traitement spécifique, l'amélioration ou la guérison des lésions cutanées et muqueuses, ne paraissent avoir aucune influence nette sur l'évolution de la psychose.

Au contraire, on doit considérer comme un facteur étiologique extrêmement puissant, la situation familiale du malade, le fait qu'il est marié ou qu'il a une liaision stable, le fait surtout qu'il a des enfants qu'il aime. Les cinq malades dont nous rapportons les observations étaient mariés, quatre d'entre eux pères de famille. On a vu que la crainte des perturbations qu'allait apporter leur maladie dans leur vie familiale jouait un rôle important dans la genèse de leur mélancolie. Si nous n'avions craint d'allonger outre mesure cette communication, nous aurions pu donner des observations négatives, si j'ose ainsi dire, de neurasthéniques et de mélancoliques très hypocondriaques par ailleurs, mais qui n'attachaient qu'une importance très minime à des maladies génitales dont ils avaient été atteints, parce qu'ils étaient célibataires et vivaient seuls.

Remarquons aussi que quatre de nos malades se trouvaient éloignés de leurs femmes pour un temps très long, soit parce que celles-ci sont restées en pays envahi, soit à cause des exigences de la vie militaire. Il semble que cette séparation permette une longue rumination des dangers à venir, évite de prendre une décision immédiate et favorise le développement de la psychose par la longue appréhension qui en résulte.

Pour terminer, nous voulons signaler deux symptômes assez particuliers que présentent les hypocondriaques

©BIUM

atteints de maladies vénériennes. Le premier est la crainte qu'ont ces malades de voir révéler leur état à leur famille par le médecin. Cette crainte est extrêmement tenace, surtout chez les sujets peu instruits ; le médecin a beau affirmer qu'il est contraint au silence par le secret professionnel ; cette appréhension, un instant apaisée, reparaît aussi intense le lendemain.

Le second caractère, et le plus important, est la violence toute particulière de l'impulsion au suicide, que présentent de tels malades dans les cas où il s'agit de syphilis surtout. Les observations de Sa..., de Boi... et surtout de Beu... mettent bien en relief ce *tædium vitæ*. Les tentatives de suicide se renouvellent fréquemment, parfois presque quotidiennement, comme dans le cas de Beu... Il faut en déduire, au point de vue pratique, que les mélancoliques pour cause de maladie vénérienne doivent être soumis à une surveillance assidue et ininterrompue, si l'on ne veut pas regretter une issue fatale.

Nous ne saurions trop insister sur la violence de cette impulsion ; elle imprime un cachet un peu spécial à la symptomatologie des cas que nous envisageons. Il est certain que beaucoup des malades qui entrent dans le cadre de notre étude sont des débiles, des dégénérés, des prédisposés ; parmi eux, un certain nombre auraient pu, sans l'influence d'aucune maladie génitale, être atteints de mélancolie, présenter des préoccupations hypocondriaques à l'occasion de l'indisposition la plus légère. Mais il est probable que, n'ayant ni honte ni remords, ne redoutant pas la perturbation de leur vie familiale et l'opinion infamante de la société, ils n'auraient eu que des réactions beaucoup plus légères et n'auraient pas recherché, avec autant de fréquence et de ténacité, un refuge dans la mort contre leurs tourments.

L'action des sentiments que nous venons d'énumérer est encore plus nette dans certaines de nos observations, où nous avons tâché de mettre en lumière des symptômes mélancoliques préexistant à l'infection. Les sujets chez qui elle se déclare sont alors déjà des malades, mais chez lesquels la mélancolie est très bénigne. Au moment où se déclare la maladie vénérienne, les symptômes s'aggravent, l'anxiété croît et

©BIUM

les tentatives de suicide se produisent. C'est ainsi que dans les cas de Sa..., de Beu..., de Tri..., l'aggravation de l'état mélancolique sous l'influence de la secousse morale qu'ils ont ressentie, ne nous paraît pouvoir faire aucun doute.

La séance est levée à 5 h. 30.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et TRUELLE.

SÉANCE DU 26 MARS 1917

Présidence de M. CHASLIN, président.

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

MM. Bonhomme et Courbon, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Pâris, qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant ;

2° Une lettre de M. Vernon Briggs, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger.

Rapport de la Commission des finances.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, le rapport de votre Commission des finances concerne, cette année, les comptes de 1914, 1915 et 1916.

1° ANNÉE 1914. — Avoir au 31 décembre 1913. . . . . Fr.		8.064 75
Recettes en 1914.		3.168 70
Total.		11.233 45
Dépenses en 1914.		2.697 85
Reste un excédent global de		8.535 60

©BIUM

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique . . .	Fr.	2.389 50
Prix Aubanel		3.211 60
Prix Belhomme		1.800 »
Prix Moreau (de Tours).		300 »
Prix Christian.		834 50
Total.		8 535 60

La rente annuelle de chacun des prix est de :

Prix Aubanel	800 »
Prix Belhomme	300 »
Prix Moreau (de Tours)	100 »
Prix Christian.	302 »

2° Année 1915. — Avoir au 31 décembre 1914	Fr.	8.535 60
Recettes en 1915.		2.111 50
Total.		10.647 10
Dépenses en 1915..		1.130 20
Reste un excédent global de.		9.516 90

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique.	1.868 80
Prix Aubanel	4.011 60
Prix Belhomme	2 100 »
Prix Moreau (de Tours)	400 »
Prix Christian.	1.136 50
Total.	9.516 90

3° Année 1916. — Avoir au 31 décembre 1915.	9.516 90
Recettes en 1916	2.137 »
Total.	11.653 90
Dépenses en 1916	2.081 70
Reste un excédent global de	9.572 20

©BIUM

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique	1.572 10
Prix Aubanel	4.811 60
Prix Belhomme.	2.050 »
Prix Moreau (de Tours)	300 »
Prix Christian	838 50
Total.	9.572 20

Les cotisations non encore payées figureront au compte de 1917.

Messieurs, votre Commission vous propose d'approuver les comptes des années 1914, 1915 et 1916, et d'adresser des remerciements à notre dévoué trésorier, le Dr Pactet.

Les conclusions de ce rapport, mises aux voix, sont adoptées ; des félicitations et des remerciements sont votés au trésorier.

Deux observations de peur invincible chez des combattants,

par MM. Pactet et Bonhomme.

Il semble un peu étrange de prendre pour sujet d'une communication, la peur chez des combattants, car cette émotion est sûrement une des plus répandues à l'heure actuelle ; et l'on pourrait dire que ceux qui n'ont pas eu peur — sous une forme ou sous une autre — sont des exceptions pathologiques. Mais nous avons pensé qu'il y avait intérêt à signaler certains cas où cette réaction normale du soldat prenait une intensité et une forme particulières et posait une question délicate de responsabilité.

Obs. I. — Le premier de ces malades, Ka..., classe 1913, du 108e régiment d'infanterie, au front depuis septembre 1914, a été l'objet de l'expertise médico-légale de l'un de nous en octobre 1915.

C'est un jeune homme un peu infantile physiquement, à caractères sexuels peu accusés. Cependant, ses facultés intellectuelles sont d'un développement suffisant pour lui permettre

©BIUM

d'apprécier correctement ses actes. Il a toujours mené une existence régulière. En apprentissage au sortir de l'école primaire, il était, avant son incorporation, ouvrier typographe ; il est resté trois ans dans la même place, puis un mois dans une autre ; il a quitté cette dernière parce qu'il ne pouvait rester enfermé. Son père le plaça alors dans une ferme du département de l'Aude où il se trouva très bien et resta jusqu'à son départ au régiment, le 28 novembre 1913 ; pris bon absent par suite d'une erreur sur l'endroit où il devait passer le conseil de revision, il accomplit son service militaire correctement. Notons seulement une punition de quinze jours de prison pour retard de trois jours à la rentrée d'un congé de convalescence. Il était à Paris et sa convalescence expirait pendant les fêtes de Pâques ; voyant d'autres camarades en permission, il pensait qu'il pouvait bien rester aussi et qu'on ne le punirait pas ou pas sévèrement, du moins. Cet incident permet d'apprécier sa suggestibilité.

Depuis le début de la campagne, il avait été un bon soldat. En mars 1915, il est enterré deux fois de suite dans la même matinée par des explosions de torpilles, au Bois le Prêtre ; mais il ne reste que quatre ou cinq jours à l'infirmerie et il va au repos avec son bataillon dès que celui-ci est relevé.

Depuis ces commotions, un changement important s'était produit dans son caractère ; alors qu'avant il était à peu près indifférent au danger, il ne pouvait, depuis lors, dominer son appréhension chaque fois qu'il fallait remonter en ligne et il se sentait irrésistiblement poussé à fuir du côté opposé. C'est pour cela qu'il est condamné une première fois par le conseil de guerre à cinq ans de prison en juin 1915.

Il est aussitôt renvoyé au front, et en juillet, abandonne une deuxième fois sa compagnie qui remontait aux tranchées. Cette fois, son capitaine lui demande seulement de se racheter par une conduite exemplaire.

Mais, quelques semaines plus tard, troisième fugue alors qu'il allait seul rejoindre sa section en première ligne. Il est traduit en conseil de guerre dont le rapporteur demanda une expertise psychiatrique.

Ka... ne donne aucune explication de ses fugues, il est parfaitement conscient au moment où il les commet. Il sait très bien de quelles sanctions il est passible ; mais à toutes les questions posées, il ne donne qu'une réponse : « C'est plus fort que moi. » Depuis qu'il avait été enterré par les explosions des torpilles, la crainte l'emportait sur toute autre considération.

Obs. II. — Del..., du 263e d'infanterie, classe 1903, trente-trois ans, marié et père de famille. N'a pas eu son certificat d'études, sait correctement lire, écrire et compter.

©BIUM

Il était échantillonneur en teinturerie, à Roubaix, et gagnait 6 francs par jour : sa vie était calme et rangée. Il fit son service au 94e d'infanterie, à Verdun, trois ans sans punition. Mobilisé en août 1914, au 165e d'infanterie, à Lille ; il suivit le dépôt du régiment dans son exode lors de l'envahissement du département. Il part au front vers le mois d'octobre au 338e, dans la Somme. Il ne dissimule pas la peur qu'il éprouva dès son arrivée aux tranchées. Il tremblait toujours, restant cloué au sol ; son capitaine lui a dit qu'il allait devenir bossu à force de rester le dos courbé. Les obus lui causaient une peur atroce. Pendant le bombardement, il n'osait sortir des abris ni pour manger ni pour ses besoins naturels ; mais les balles lui faisaient moins peur, il les saluait seulement quand il entendait le « tac » qui annonce leur point de chute. Il n'a jamais fait de patrouilles, mais dit cependant avoir occupé quelquefois les postes d'écoute. Il avoue n'avoir jamais tiré un coup de fusil.

La première fugue se place en juillet 1915 environ ; sa compagnie était au repos et devait repartir en ligne dans la nuit ; c'est alors que, à la tombée de la nuit, il est parti dans les villages environnants, il ne sait lesquels ; au bout de deux jours, il s'est constitué prisonnier à la prévôté. Traduit en conseil de guerre, il est condamné à deux ans de prison.

Il passe alors au 250e d'infanterie et reste à peu près trois mois à ce régiment ; mais pendant ce temps, il continue à ne pouvoir entendre un obus sans trembler.

Sa deuxième condamnation a eu lieu dans le mois de décembre 1915 au Quesnoy-en-Santerre. Il avait toute la journée subi un bombardement violent, mais il n'avait été ni enterré ni blessé. Sa compagnie était en deuxième ligne, il partit brusquement et est resté caché vingt-trois heures dans un village, à l'arrière, sous un hangard, où il n'osait faire un mouvement. Enfin, au bout de ce temps, il sort de sa retraite et va se constituer prisonnier à une prévôté qui se trouvait dans le village même. Ramené à sa division, il passe une deuxième fois en conseil de guerre et est condamné à cinq ans de prison.

Il change de régiment et passe au 263e d'où, aux environs de Pâques, il déserte une troisième fois, un jour où sa compagnie au repos avait été violemment bombardée, il disparaît et reste trois jours absent, puis est trouvé dans une cave qui servait de poste du commandant.

Nous sommes mal fixés sur les conditions dans lesquelles il fut envoyé à Dury, à la suite de cette troisième désertion, au lieu d'aller devant le conseil de guerre. Il arrive à cet hôpital, le 21 mai 1916, pour « Mélancolie avec conscience de son état ». M. Briand, au Val-de-Grâce, note : « Quelques idées de suicide qui disparaissent en travaillant. » Il est entré dans le ser-

©BIUM

vice des confus, à Maison-Blanche, le 26 juillet 1916. Assez mélancolique au début de son séjour, il pleurait fréquemment, disant avoir déserté sept fois, être la honte de sa famille, etc., il sait bien qu'il ne rentrera plus chez lui à cause de ses condamnations, et c'est pour échapper à tous ses malheurs qu'il a pensé au suicide. Peu à peu cet état s'améliora, il se remit à travailler comme il le faisait à Dury. Ponctuel et laborieux, poli et dévoué, il est un auxiliaire des plus précieux pour les infirmières.

Au point de vue intellectuel, il donne l'impression d'un débile très marqué. Ainsi, il manque totalement d'initiative dans son travail, il lit à peine les journaux et ne s'intéresse que de loin et médiocrement aux événements, mais il doit aussi être affaibli psychiquement, car il est à peu près incapable d'expliquer en quoi consistait son métier d'échantillonneur ; il reconnaît, d'ailleurs, qu'il ne pourra le reprendre après la guerre.

Il ne donne aucune explication de ses fugues, ne cherche nullement à les excuser. Au début, il nous disait qu'il avait déserté pour aller à Roubaix, mais comme on lui montre l'invraisemblance de ce projet, il ne persiste pas et ne peut que répondre : « C'était plus fort que moi. » Il est tout à fait conscient, au moment où il quitte sa section, et n'a qu'une pensée, fuir le danger. Cette impulsion ne supprime pas le remords qui, déjà sensible au cours même de la fugue, le déprime profondément lorsqu'il est à l'abri.

La première réflexion qui s'impose à la lecture de ces observations est l'illogisme de ces hommes qui, sachant très bien quels risques certains, parfois même la peine capitale, ils encourent, s'enfuient pour échapper aux risques incertains des projectiles ennemis ; car il s'agit de fugues conscientes. Aussi bien Ka... que Del... savent ce qu'ils font lorsqu'ils quittent la compagnie pour ne pas remonter en ligne ; leurs mouvements sont parfaitement coordonnés pour arriver à ce but et ils ne ressemblent nullement à ces « mentaux » dont parlait M. Vincent à la réunion de la Société de Neurologie, qui s'en vont devant eux, sans adaptation quelquefois, du côté de l'ennemi.

Ces deux hommes sont des débiles dont la volonté à peine suffisante dans les conditions ordinaires de la vie n'a pu suffire au surcroît d'efforts provoqués par la guerre. Chez Ka..., cette peur impulsive peut s'expliquer en grande partie par les commotions dont il avait

©BIUM

été victime. On sait quelle horreur du bruit — et du bruit du canon en particulier — éprouvent tous les commotionnés. De plus, cet ébranlement diminue dans une notable mesure la volonté et les résistances nerveuses en général. D'ailleurs, on observe chez la plupart des blessés, un phénomène semblable ; leur première blessure les laisse moins confiants. Cette importance du souvenir (1) est très visible dans nos deux observations, puisque ces deux hommes désertent à la seule pensée de remonter aux tranchées ; Ka..., d'ailleurs, fait remarquer qu'avant d'avoir été commotionné, il n'avait pas peur des bombardements.

Nous croyons trouver aussi une condition favorisant l'éclosion de ces accès de peur impulsive dans la guerre de position ; là le danger est constant et latent, il n'y a pas l'excitation du combat qui chasse les émotions inhibantes. En tranchée, au contraire, le soldat, inactif relativement, attend le coup sans savoir d'où il viendra, peut à loisir concentrer son attention sur les dangers qu'il court ; il ne semble pas réagir sur le moment, à ces émotions quotidiennes et violentes, mais elles s'enregistrent et finissent pas constituer un fonds d'émotivité qui se traduira brusquement dans la suite.

Enfin, chez Ka..., notons une circonstance bien apte à favoriser sa fuite. Il regagnait seul les tranchées lorsqu'il déserta pour la troisième fois : l'absence de camarades pour soutenir sa volonté hésitante, a sûrement contribué à annihiler sa résistance à l'impulsion.

Il ne faut pas se dissimuler qu'au point de vue militaire, la conception de la peur-maladie, de la peur qui vous absout des abandons de poste est très dangereuse, et il faut se garder d'en abuser ; mais il y a lieu aussi de se demander quelle est l'influence des sanctions sur ces individus. Dans les deux cas rapportés plus haut, c'est après deux désertions sévèrement punies que les hommes ont été soumis à l'expertise. Ils n'ignorent nullement la gravité de leur faute et cependant ces considérations ne les empêchent pas de recommencer souvent. D'ailleurs, les commandants d'unités font la part

(1) La peur, dit Mosso, est un souvenir inné ; on comprend, à plus forte raison, qu'un souvenir récent la provoque.

©BIUM

de l'impulsion irrésistible, et comme pour K... ne leur imposent, pour seule punition de leur grave défection, que l'obligation de se racheter par l'accomplissement de missions périlleuses.

Cependant, quand ces moyens d'émulation ne réussissent pas en présence d'une émotivité si incoercible, nous estimons qu'il est plus conforme à tous les intérêts en présence de ne pas laisser ces individus dans le service armé.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je tiens à insister, après la très intéressante communication de MM. Pactet et Bonhomme, sur la relative fréquence des cas de *peur invincible*, chez les combattants.

J'ai eu, depuis la guerre, l'occasion d'en observer un certain nombre.

Eliminant tous les fugueurs, évidemment pathologiques, épileptiques, alcooliques, déséquilibrés impulsifs, etc., je ne retiendrai que les cas de deux sujets que je viens d'étudier dans le Centre des psychonévroses.

Le premier, Alexandre P..., âgé de trente-sept ans, cultivateur dans le Calvados, réformé repris en mars 1915, fit campagne d'avril 1915 à janvier 1917. D'une débilité mentale profonde, « il n'a jamais rendu aucun service à la compagnie », écrit son capitaine dans le rapport tendant à le faire évacuer. « Le moindre bruit de guerre (obus, torpille, etc.) le rend littéralement fou et provoque chez lui un bégaiement; il se sauve en poussant des cris : « Au secours ». Il déclare même être dans l'impossibilité de tirer un coup de fusil ». Et à ce rapport, le colonel ajoute cet avis : « Dès sa première fuite, au cours d'un bombardement, il aurait dû faire l'objet d'un rapport. L'enquête médicale aurait montré si ce soldat relève d'un conseil de guerre ou d'un asile d'aliénés. »

L'examen médical confirme le diagnostic du capitaine : « En avril 1916, P..., envoyé au N° d'infanterie, prend peur au premier coup de canon qu'il entend et s'enfuit en poussant des cris. A l'infirmerie du régiment, P... est sans cesse dans un abri et caché sous une paillasse. Il ne mange, ni ne dort. Renvoyé quelque temps au dépôt divisionnaire, il rejoint le régiment dans la Somme. Là, le bruit intense de la canonnade le rend littéralement fou. Il se terre pendant des périodes assez longues dans des trous, d'où ses camarades doivent venir le retirer.

©BIUM

« En décembre 1916, l'éclatement d'un obus provoqua du bégaiement. Mis de nouveau en observation à l'infirmerie, P... vit en état d'anxiété. Sa peur est irraisonnée : l'explosion de grenades, lancées par des soldats qui s'exercent au voisinage de l'infirmerie, provoque chez lui une terreur considérable. Dès qu'il sait que les grenadiers vont tirer, il s'enfuit dans un abri.

« Chez lui l'insomnie est presque constante. Il mange peu.

« Il répond correctement aux questions qui lui sont posées. Il pleure constamment. Il est bien convaincu qu'il ira un jour en prison et qu'il n'en sortira que pour être fusillé. Mais il accepte cette éventualité avec résignation : « Quand je serai mort, je serai tranquille », dit-il.

« En définitive, P... est un débile mental et sa peur chronique et irraisonnée tient à sa débilité. Il est à éliminer de l'infanterie. »

Le cas est simple, clair, facile, connu de tous, et c'est pourquoi MM. Pactet et Bonhomme ont négligé, dans leur étude, la peur du débile, pour mieux mettre en lumière celle du soldat d'*apparence* tout à fait normal.

Mon deuxième cas rentre dans cette dernière catégorie :

Alexis C..., âgé de vingt-sept ans, sergent rengagé de l'active, admissible en 1914 aux concours de Vincennes et de Saint-Maixent, nommé aspirant le 10 août 1914 et sous-lieutenant à titre temporaire le 5 septembre 1914, fit campagne en août et septembre 1914, fut évacué pour faiblesse et troubles intestinaux, refit campagne en octobre et novembre 1914, prit part le 4 novembre à l'attaque d'Andechy, où il se conduisit bien en reliant les éléments épars de sa compagnie qui fuyaient, fut encore évacué pour troubles intestinaux et revint au front en juillet 1915. Jusqu'au 26 septembre, il se conduisit bien ; ce jour, un obus éclata près de lui, en tuant et blessant autour de lui une vingtaine d'hommes. Il se rappelle la lueur de l'éclatement ; puis un trou dans sa mémoire, et les souvenirs nets à partir du lendemain. Il ne fut ni ramassé, ni porté ; il ne fut pas évacué. Mais, dès lors, il a peur des obus et il est incapable de commander.

De fait, resté à l'avant, il avait été successivement l'objet de sanctions disciplinaires : de sous-lieutenant, il avait été remis aspirant, puis soldat de 2e classe, lorsqu'il fut traduit devant le conseil de guerre pour abandon de poste devant l'ennemi le 5 juillet 1916.

Après avoir été cassé, C..., envoyé en renfort à la Ne compagnie de mitrailleurs, avait promis de faire tous ses efforts

©BIUM

pour dominer ses nerfs à la prochaine fois qu'il se trouverait exposé au feu de l'ennemi. « Cette promesse, ajoute son lieutenant dans son rapport au conseil de guerre, était malheureusement au-dessus de ses forces, car au cours des combats du 5 juillet, C..., fatigué physiquement et moralement, dut quitter ses camarades pour se réfugier plus à l'arrière, malgré un repos de vingt-quatre heures, à lui accordé par son lieutenant et l'ordre de rejoindre sa section après ce temps écoulé. »

Interrogé, C... reconnaît ces faits et déclare que, malgré tous ses efforts, il n'a pas pu tenir. « Il a été l'objet d'une expertise de la part de M. Charon, d'Amiens, qui conclut : « C... a commis l'acte qui lui est reproché sous l'influence d'un trouble mental, lequel s'est développé chez lui consécutivement à une commotion nerveuse et grâce à un fond de prédisposition névrosique. Il ne saurait donc en être rendu responsable. »

Certes, l'étude psychologique montre, chez C..., une certaine puérilité. Elevé au petit séminaire, il n'a pu mener à bien ses études secondaires et passer son baccalauréat. A vingt-six ans, il était vierge et, à l'occasion de fiançailles rompues, il a, dit-il, voulu se tuer.

Néanmoins, jusqu'au choc émotif de septembre 1915, sa *vertu* avait triomphé de sa débilité nerveuse. Au contraire, depuis lors, C... est devenu incapable de se maîtriser. Il présente comme une régression de sa personnalité : il a l'impression de l'existence en lui de deux hommes différents. Mais cette régression n'est pas égale dans tous les domaines. Prédominant dans l'émotif, elle n'apparaît pas dans l'intellectuel.

C'est pourquoi elle passe souvent inaperçue jusqu'à une réaction insolite, qui, par sa discordance avec la conduite antérieure de l'individu, doit éveiller l'attention.

M. Arnaud. — Je m'étonne qu'un médecin, après examen de combattants pris en flagrant délit de fuite, ait pu conclure qu'ils étaient sains d'esprit. On ne peut logiquement, chez personne, après une consultation, donner un certificat de bonne santé mentale ; le médecin ne peut qu'affirmer qu'il n'a relevé aucun trouble psychique. On ne peut démontrer l'innocence ; on démontre la culpabilité.

M. Lwoff. — Dans les cas de MM. Pactet et Bonhomme, il semble que le trouble dominant soit une lésion de la volonté. Le courage consiste, en effet, non

©BIUM

à ne pas avoir peur, mais à surmonter la peur par l'effort de la volonté ; or, chez ces malades, c'est cet effort de volonté qui n'est plus possible.

M. PACTET. — Cette faiblesse de la volonté est manifeste, notamment chez celui des malades pour qui j'ai eu à faire une expertise. Il y aurait lieu d'employer tous les moyens possibles pour renforcer cette volonté défaillante, notamment par l'exemple et la présence des autres. C'est ainsi qu'il conviendrait de ne pas laisser ces hommes monter isolément aux tranchées.

M. COLIN. — En dehors des débiles et des commotionnés, il y a des cas de véritable peur morbide. Tels les individus qui, à la seule idée d'être versés dans le service armé, sont en proie à une anxiété extrême, avec phénomènes délirants. Certains mêmes se suicident. J'ai eu l'occasion de voir plusieurs malades de ce genre. De ceux-là, on ne peut rien faire, et il est impossible de les envoyer au front.

M. BONHOMME. — Nous avons fait abstraction de ces cas nettement et primitivement pathologiques. Ceux uniquement que nous avons voulu signaler, répondent aux individus qui, après une période normale, après avoir complètement rempli leur devoir au front, sont devenus, à un moment donné, incapables de fournir l'effort volontaire nécessaire pour persévérer.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Il est bon, je le répète, que ces choses-là soient dites ; et il est même utile d'y insister, parce que le commandement les ignore. Il ne conçoit que ce dilemme : ou bien le conseil de guerre, ou bien c'est l'asile d'aliénés.

M. ARNAUD. — Le *Correspondant* a cité dernièrement l'exemple de militaires qui, après une conduite exemplaire au front, sans commotion matérielle ou morale, sans raison apparente, ne peuvent plus affronter le danger et filent en arrière au moment de l'attaque ou du bombardement.

M. PACTET. — Ces malades ne nous ont pas paru devoir entrer dans le cadre de notre note, dont nous avons éliminé les psychopathes antérieurs à la guerre, les obsédés aussi bien que les gros débiles qu'a signalés M. Laignel-Lavastine. Ces hommes n'ont, en général, pas fait campagne, excellent critérium de leur intégrité

©BIUM

psychique, et, même s'ils ont été au front, ils n'ont laissé à personne de doute sur leur valeur militaire; mais nous avons voulu étudier une catégorie de soldats qui ont fait plus ou moins longtemps leur métier de soldat et chez lesquels le passé ne pouvait nullement faire prévoir de pareilles réactions. C'est justement dans cette classe que me paraissent rentrer les malades dont M. Arnaud vient de rapporter l'histoire, et c'est là vraiment un fait nouveau. Il semble que chez des hommes — peut être simplement un peu débiles antérieurement — les premières émotions de la guerre aient paru ne pas agir beaucoup plus violemment que sur les autres, puis brusquement, la sommation des émotions déclanche ces impulsions irrésistibles dont l'épilogue est souvent le conseil de guerre.

M. Chaslin. — C'est là un phénomène analogue à ce qui passe chez certains débiles qui, après des émotions tristes, plusieurs fois renouvelées, finissent par se suicider.

Un cas de puérilisme mental post-commotionnel,

par M. Bonhomme, aide-major.

A l'une des dernières séances de la Société, MM. Laignel-Lavastine et V. Ballet ont présenté un malade atteint de puérilisme mental à la suite d'une commotion par éclatement d'obus. C'est un cas analogue que j'ai l'honneur de vous exposer aujourd'hui.

Guil... (Gustave), vingt ans, du ...e chasseurs alpins, a été évacué de l'hôpital de Dury-lès-Amiens avec le diagnostic de « confusion mentale post-commotionnelle à tendance chronique ». (Dr Charon.)

Le billet d'hôpital porte de succinctes indications sur le début de la maladie. Nous y voyons que, évacué sur Amiens pour « hébétude », M. Guillain l'a fait diriger sur Dury avec le diagnostic « confusion mentale avec actes incohérents ». Nous savons par ailleurs qu'il a été enseveli par l'explosion d'un obus de gros calibre à l'attaque de M..., le 16 juillet 1916.

A son entrée dans le service des confus de l'hôpital de Maison-Blanche (1) il est tout à fait égaré, répond par mono-

(1) Service du Dr Pactet.

©BIUM

syllabes aux questions posées. « A Dury pas bien... ici bien... moi vouloir être pharmacien... vouloir continuer... vouloir dormir. » Complètement désorienté dans le temps et dans l'espace, on ne peut obtenir aucun renseignement précis sur les événements qui ont motivé son envoi à l'hôpital. Voici quelques-unes de ses réponses : « Non pas Verdun... au Linge Kopf... trop de pertes... beaucoup de camarades morts... » Et à ce souvenir sa figure exprime l'angoisse. Il a d'ailleurs de temps à autre dans la journée, des crises pseudo-hallucinatoires, pendant lesquelles il se cache sous ses couvertures, paraissant en proie à une frayeur violente : ces accès durent peu, une heure ou deux. La nuit il ne dort presque pas, il est agité et pousse des cris comme au cours d'une attaque, mais dans la journée il fait des sommeils entrecoupés.

Le 1er septembre, il reçoit la visite du supérieur du collège où il a fait ses études. Le lendemain, il me dit que c'est la fille de son lieutenant qui est venue le voir. Il a d'ailleurs reçu le visiteur sans joie et il paraît bien avoir fait une fausse reconnaissance. Un des jours suivants, je lui parle d'une dame qui m'a écrit à son sujet, il me dit avec un air pleurard : « Pas bonne, Mme A... » Pourquoi? « Parce que pas écrire à moi. » Puis, comme se répondant à lui-même, il ajoute : « Moi pas fou, pas vouloir... »

L'amélioration se dessine et, deux mois après son entrée, complètement habitué au milieu, il se lève, boit et mange sans avoir besoin d'y être poussé, alors qu'au début il fallait insister auprès de lui à chaque repas et qu'il restait au lit, ne désirant faire aucun mouvement. Il commence à aider les infirmières du dortoir dans le soin des autres malades. Sa prédilection s'adresse à ceux qui, alités, paraissent le plus confus : il est extrêmement bon avec eux, maternel, les borde dans leur lit, les force à manger une partie des gâteaux et bonbons qu'il reçoit. On constate alors chez lui une pléiade de fausses reconnaissances; il prend un de ses voisins de lit pour son frère, un autre pour son cousin, une infirmière qui s'est particulièrement occupée de lui est sa tante. Il est si heureux dans ce milieu qu'il ne veut plus entendre parler d'aller chez lui auprès de sa mère.

Il parle toujours peu, mais, progressivement, il devient plus causeur, mais conserve cette forme des infinitifs signalée dans les cas semblables. Le langage « petit nègre » lui est tellement habituel que les camarades l'emploient toujours avec lui-même dans leurs lettres. De plus, il parle en zézayant.

Je constate alors, fortuitement, qu'il joue à la poupée, le 20 octobre. Depuis quelques jours déjà, les infirmières, ayant remarqué qu'il s'amusait avec une grossière poupée en papier,

©BIUM

lui ont fait cadeau d'une véritable poupée qu'il a accueillie avec une joie très vive et qu'il entoure de soins touchants. Elle est dans son lit avec lui, dissimulée sous son oreiller quand il est levé ou couché, dans ses bras quand il est alité. Il la montre peu dans la journée et jamais pendant la visite. Mais si on lui en parle il est heureux — et cependant un peu honteux — de l'exhiber. Il passe une partie de son temps à l'habiller et à la déshabiller, à la promener dans ses bras.

Il est alors manifestement comme un enfant, et même comme une petite fille. Et le contraste est étrange de ce grand garçon décoré de la croix de guerre avec une belle citation, porteur de la fourragère attribuée à son bataillon, jouant à la poupée, pleurant à la moindre contrariété, d'une timidité telle que le fait seulement de s'approcher de lui et de lui adresser la parole le fait trembler. Il présente également un peu de maniérisme.

Il n'est malheureusement pas aisé de faire de lui un examen détaillé, parce que le moindre effort le fatigue, ce qu'il exprime de façon imagée : « Ç'à faire la grosse tête. » Je lui ai donc demandé de me répondre par écrit, à loisir, à différentes questions. Je ne saurais mieux le dépeindre qu'en reproduisant certaines phrases de ces devoirs.

« Quand j'être à la guerre, j'être avec Monsieur C... et je l'aimer bien pourquoi il être bon pour moi. On avoir fait beaucoup d'attaques, de patrouilles, et aussi tué beaucoup de boches et qu'il n'y avoir la neige qu'il en pleuvre beaucoup, beaucoup, et faire bien froid, on mettre un habit blanc dessus l'habit de chasseurs. On être beaucoup loin dans les montagnes, de rochers, de bois et beaucoup de sapins, et y en avoir beaucoup de cassés et à la fin du nom c'être toujours Kopf. Mais je ne poudre pas bien tout dire comme c'être, que je ne me pas bien rappeler et aussi quand je voudre chercher un peu ça me faire la grosse tête : mais j'être fort avant et grand beaucoup...

« Il y avoir aussi Monsieur B... que c'être le colonel, le chef de tous les chasseurs : il avoir beaucoup de médailles, la rouge Légion d'honneur avec le rond, et y faire toujours les discours avant les grosses attaques de dessus son cheval blanc, qu'il dire : mes braves chasseurs y foudre jurer vaincre ou mourir. » Aussi le drapeau des chasseurs il être vieux et presque tout cassé, mais çâ faire pas rien : on dire qu'être le plus beau de gloire qu'il avoir beaucoup de médailles. C'être l'attaque, çâ faire beaucoup de bruit, beaucoup, que Monsieur M... c'être un colonel il être blessé dans le bois. La Somme c'être plat et y avoir des boches morts dans les fils... »

Il continue pendant quelques pages dans une complète confusion des souvenirs : il décrit pêle-mêle ses impressions d'hô-

©BIUM

pital, puis il revient sur la façon de lancer les grenades et de mettre le masque contre la « crymogène ». On y voit qu'il a conservé parfaitement nets ses souvenirs du passage à Dury. Enfin, voici quelques remarques sur ses examens médicaux :

« Le jeune de major que me faire l'électricité pour me faire parler. Mais y avoir beaucoup longtemps et je ne savoir plus, Mais je faire comme les autres en aller aussi chercher la soupe, aussi le jus. Puis on me piquer les jambes : puis le major n'avoir un petit marteau d'Erb qui piquer la jambe qu'il la faire sauter, puis n'écouter avec son testicope un coup : mais y ne me voudre pas de mal. »

Comme il le dit dans ses « devoirs », il a très fortement la migraine, qui exaspère encore une sensibilité très vive. Si on lui parle un peu fort, il se croit grondé et pleure aussitôt. On le console aisément comme un enfant. Il saute de joie si on lui donne des bonbons, qu'il préfère de beaucoup à une cigarette. Il ne s'occupe à rien en dehors de l'aide qu'il prête aux infirmières pour le ménage et le soin des malades. Il feuillette les livres qu'on lui prête, mais ne s'arrête un peu qu'aux illustrations. Son visage exprime immédiatement les émotions provoquées par elles : il pleure, et sanglote même, devant un spectacle triste, et aussitôt après rit bruyamment devant une image gaie.

Quand on lui demande s'il a été au collège, il commence par dire ne pas se souvenir « ... en avoir passé beaucoup d'examens... » En insistant, on apprend qu'il a été à Nîmes, « chez des curés ». Il a eu beaucoup de prix. Les mots de chimie, d'algèbre, ne paraissent éveiller que des souvenirs imprécis ; cependant, on peut constater que ces notions ne sont qu'endormies. En lui présentant l'équation du second degré, il réfléchit, puis sourit, et dit : « C'être une équation. »

Je lui demande : Connais-tu l'ammoniaque? Après un temps, il rit avec éclat. « Ça sentir trop mauvais. » — Le chlore? « Ça sentir aussi mauvais. » — Le chlorure de sodium...? (Gros éclat de rire) « C'être le sel. »

Je lui demande s'il a connu son père. Il prend aussitôt une figure triste : « Il être sur le lit étendu... il y avoir lontemps... c'être avant... avant moi... » Tu as donc été mort?

« ... Oui, quand être enterré au cimetière, à l'attaque... Ça m'avoir fait tout petit... mais maintenant être plus grand. »

Il se donne de huit à dix ans ; mais il est difficile de savoir son impression sur la rapidité future de sa maturité intellectuelle. Il me semble indubitable que son état de déchéance mentale est perçu par lui, surtout depuis quelques semaines, car il est profondément attristé lorsque je lui parle de son avenir et des connaissances qu'il va acquérir. Ses réponses expriment toutes un profond découragement. Il a une vague conscience

©BIUM

de ce qu'il a fait autrefois, et se sent incapable de l'exécuter à nouveau. Il lui arrive même fréquemment de pleurer dans ces moments-là et de me dire : « C'être fini... moi, plus pouvoir !... »

Voici les renseignements recueillis sur son passé :

Il est le fils unique d'une famille ayant une certaine aisance, dans laquelle on ne trouve aucune tare psychique héréditaire. Sa première enfance s'écoula très normalement. Il apprenait aisément et avait un caractère facile. Sa croissance s'est faite sans incidents : il n'avait aucune prédilection pour les occupations ou les jeux féminins et ne s'amusait bien qu'avec les petits garçons. Toujours très bon élève, il obtient son certificat d'études primaires, puis son baccalauréat, à la Faculté de Montpellier. Il se destinait à la pharmacie et avait commencé son stage.

A la déclaration de guerre, il voulait s'engager ; sa mère, veuve, le persuada d'attendre l'appel de sa classe. Il partit alors avec le plus grand entrain, et toutes ses lettres, m'écrit sa mère, témoignèrent de son énergie, jusqu'à l'attaque de M... Alors, pendant longtemps, il n'écrit plus ; mais, aussitôt sorti de la phase confusionnelle aiguë, il recommence sa correspondance avec sa mère, et ses lettres reflétent la profonde transformation opérée en lui. Voici quelques passages de l'une des dernières :

« Ma petite maman chérie,

« Aujourd'hui, je n'avoir pas reçu de lettre de toi ; peut-être ce soir j'en avoir une.

« Il fait beau et la santé n'aller bien. Toujours je m'amuser bien, mais aujourd'hui je n'être pas content pourquoi j'avoir du chagrin que ma petite femme elle est cassée. »

Actuellement, l'affaiblissement global des facultés intellectuelles est manifeste : pauvreté et lenteur de l'idéation, impossibilité de fixer son attention, dysmnésie.

La suggestibilité est tout à fait en rapport avec l'âge qu'il se donne : par exemple après avoir eu une éducation religieuse et avoir pratiqué régulièrement, il ne va maintenant plus à la messe, il ne croit plus à l'existence de Dieu, « parce qu'on lui dire n'y en avoir pas de Dieu ». Il m'a été impossible de lui faire mieux expliquer ce revirement. D'ailleurs, les derniers dimanches, il a été à la messe.

Son écriture a également suivi les modifications de son état mental : dans les premières lettres écrites à sa mère, les caractères étaient redressés, les lignes désordonnées, le paraphe tortueux et emphatique. La calligraphie des dernières lettres

©BIUM

dénote un progrès notable, tout en conservant encore les traits d'une écriture d'enfant.

Son affectivité paraît n'avoir subi aucune atténuation : il a toujours manifesté pour sa mère et sa tante un très grand amour, et il témoigne une vive reconnaissance aux personnes qui s'occupent de lui.

Je ne reviendrai pas ici sur l'exposé du puérilisme décrit pour la première fois par M. le professeur Dupré. Le travail de MM. Courbon et Charpentier est connu de tous. Ces auteurs ont bien étudié ce syndrome au cours de la confusion mentale, ce qui est le cas ici. Nous nous trouvons en présence d'un confus qui sort lentement de cet état et qui éprouve au réveil une transformation si profonde de sa personnalité qu'il est obligé de l'expliquer par une « mort », point terminal de sa première vie, et une renaissance à un âge qu'il fixe lui-même entre huit et dix ans. De l'enfant, il a l'impuissance à dominer ses impressions, la mobilité et la violence des émotions, la suggestibilité et l'insuffisance de l'auto-critique.

La difficulté à fixer son attention, manifeste chez lui, se rencontre fréquemment chez les commotionnés et fait aussi partie du puérilisme. Il en est absolument de même pour l'amnésie à laquelle on a attribué un rôle peut-être excessif dans l'apparition de cette transformation de la personnalité. Chez beaucoup de commotionnés on trouve une amnésie aussi et même plus considérable que chez Guil..., sans que ce symptôme s'accompagne du cortège que présente ce malade. Et d'ailleurs, comme on a pu le constater au cours de l'observation, ces souvenirs sont surtout endormis, beaucoup plus qu'abolis. On parvient, par association d'idées, à en retrouver une bonne partie. Ils me paraissent avoir disparu du champ de la conscience plutôt parce qu'ils ne concordaient plus avec la personnalité nouvelle.

Un des points les plus caractéristiques chez ce malade — et qui vient à l'appui de la thèse niant à l'amnésie un rôle prédominant dans le puérilisme — est l'apparition de goûts féminins sans modification des caractères sexuels. Il y a eu non seulement régression, mais transformation complète de la personnalité, puis-

©BIUM

que la mère de ce jeune homme ne l'avait jamais vu, dans son enfance, avoir des jeux de petite fille.

En présence de ce tableau clinique, le pronostic demeure réservé. Il est manifeste qu'on ne peut parler de démence, mais il me semble difficile d'affirmer que cette terminaison ne puisse se produire. Cependant, on constate quelques signes d'amélioration depuis quelques semaines surtout : la conscience que le malade prend de sa situation, la disparition par instants des infinitifs et leur remplacement par le mode correct, la disparition du jeu de la poupée. Ainsi qu'on l'a vu dans la lettre précitée, Guil... a dit qu'elle était cassée ; je n'ai pu arriver à savoir nettement si ce n'était pas lui qui l'avait fait disparaître. Maintenant, il n'en veut plus entendre parler et je n'ai pu vous le montrer aujourd'hui avec elle. Ces signes permettent d'espérer la possibilité de la rééducation, pourvu que les troubles habituels aux commotionnés ne mettent pas un obstacle durable à cette rééducation. J'ai voulu vous le présenter tel qu'il est ; même sans avoir fait un examen psychométrique détaillé qui me paraît de nature à commencer ce réveil mental.

On remarquera enfin qu'il ne présente aucune fabulation : il se borne à constater des vides dans ses souvenirs sans essayer de les combler : son imagination étant elle-même très diminuée.

DISCUSSION

M. Chaslin. — Ce jeune soldat a-t-il été blessé? A-t-il été infecté ?

M. Bonhomme. — Bien que sa citation porte « blessure grave », je n'ai eu connaissance que de son ensevelissement le 16 juillet à Maurepas.

M. Laignel-Lavastine. — A-t-on fait une ponction lombaire?

M. Bonhomme. — Non, pas encore. Mais je me promets de lui en faire une prochainement.

©BIUM.

Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions de guerre,

PAR MM.

LAIGNEL-LAVASTINE et PAUL COURBON,

Médecin-major de 2e classe, chef du Centre des psychonévroses du gouvernement militaire de Paris. — Médecin aide-major de 1re classe, assistant

L'étude des conséquences pathologiques des émotions de guerre est à l'ordre du jour. C'est pourquoi nous croyons opportun de présenter ce malade. L'intérêt du cas réside non seulement dans l'étiologie, mais encore dans le mécanisme pathogénique que révèle l'évolution des troubles cliniques.

On y voit tout d'abord une atteinte de tuberculose pulmonaire, antérieure à la guerre, prolonger sur le système végétatif les troubles déterminés par le traumatisme émotionnant. En effet, l'hyperémotivité diffuse des premiers mois disparut, laissant place à des accès d'angoisse, déterminant eux-mêmes des états idéo-affectifs obsédants.

On y voit comment une amélioration des fonctions végétatives par le traitement (alitement, suralimentation, adrénaline), entraîna la suppression des crises d'angoisse et des obsessions, mais provoqua par contre des modifications cénesthésiques, dont le retentissement psychique fut un sentiment de dépersonnalisation.

Charles est un caissier de banque de trente et un ans, dont la constitution était assez fragile, mais qui mentalement ne présentait pas de tare personnelle ou héréditaire marquée. Pas de craintes irraisonnées, pas d'hésitations sur l'accomplissement des menus actes de la vie courante : fermeture des portes, signature des lettres, timbrage des enveloppes, etc... Pas de scrupules religieux, d'examens de cas de conscience, de discussion sur la conformité de sa conduite au dogme.

Cependant, il est à noter qu'il fut toujours religieux, profondément croyant et pratiquant, au point d'être resté chaste malgré l'existence de l'appétit charnel. Il n'ébaucha même pas d'idylle sentimentale, n'ayant jamais eu l'intention de se marier, n'admettant l'œuvre de chair que dans le mariage et ne voulant pas troubler une jeune fille qui aurait pu interpréter sa cour comme des fiançailles.

©BIUM

Il a toujours eu du goût pour les spéculations de l'esprit, les lectures d'ouvrages à thèses psychologiques ou sociales. C'est ainsi qu'il se délassait de son travail de bureau en lisant Tolstoï, Bourget, *l'Imitation*, etc... Malgré ces plaisirs de l'analyse et de la vie intérieure, il pratiqua les sports, surtout en Angleterre, lorsqu'il y séjourna à la fin de ses études classiques, qu'il ne poussa pas jusqu'au bout pour obtenir plus tôt une situation lucrative. Après ses humanités, il quitta le collège et partit en Ecosse pour apprendre l'anglais, étude qu'il prit plaisir à compléter par celle des mœurs du pays.

En août 1914, il allait, sur les conseils de son médecin, changer de métier pour vivre à la campagne. Toute l'année il avait été malade de bronchites successives, avait beaucoup maigri et se sentait extrêmement faible. Aussi les premiers mois de la guerre, car il fut mobilisé dès le début, lui furent-ils très pénibles. Mais, peu à peu, cette existence fit sentir ses heureux effets : il ne toussa plus, engraissa et fut enchanté de sa santé. Celle-ci, d'ailleurs, à part la faiblesse des poumons, avait toujours été satisfaisante.

Le 2 juin 1916, au bout de près de deux ans de guerre, sa section, qui était en première ligne, avançait furtivement dans un boyau au bout duquel elle pouvait tomber par surprise dans la tranchée ennemie, lorsque tout à coup, l'officier qui la conduisait s'écrie : « Sauve qui peut ! nous sommes cernés par les Boches. » Charles se souvient, en effet, avoir vu émerger des Allemands de chaque côté, avoir eu une peur intense, avoir fait demi-tour, franchi une palissade, puis plus rien. Ses souvenirs reprennent à la réflexion de camarades qui étaient à côté de lui et se pansaient dans un coin de la tranchée, avant de gagner le poste de secours. Il constata qu'il saignait lui aussi, s'appliqua sur la tête son pansement individuel et les suivit à pied. On l'évacua. Il guérit rapidement de la plaie du cuir chevelu, dont il ignore la cause, mais il resta à l'hôpital à cause de sa grande faiblesse, avec impressionnabilité extrême et anxiété chronique, qui le faisaient sursauter au moindre bruit et lui interdisaient la moindre pensée.

Ces phénomènes se sont progressivement amendés et, à l'heure actuelle, il se lève, mange, boit, se promène, cause d'une façon normale. Mais il ne peut lire ni écrire, ni soutenir une conversation, sans éprouver d'abord mal à la tête, puis ne plus comprendre ce dont il s'agit. Il a la mémoire paresseuse. Quoique comptable, il ne sait plus bien sa table de multiplication. S'il essaie de faire des commissions, il doit les noter sur un carnet, car il les oublie. Si, dans l'exécution de l'une d'elles, il rencontre un inconnu, il est perdu. Il sent brusquement comme une vapeur monter au vertex, il a une nausée,

©BIUM

mais cela ne dure qu'un instant et tout rentre dans l'ordre. Il se sent vite épuisé, souffre souvent de la tête et de vertiges. Parfois, il se met à trembler de tous ses membres ou bien des tics lui secouent le visage. Les tics, autrefois nombreux et persistants, s'effacent de plus en plus.

Il dort mal, n'a pas de cauchemars, mais souvent, surtout le matin, se sent comme perclus des quatre membres.

Cette sensation est très pénible, et quoique endormi, il a conscience de se débattre contre la paralysie qui veut l'envahir et ce combat intérieur le réveille.

Plusieurs fois, pendant l'état de veille, le jour ou la nuit, il sent comme un énervement dans le ventre et une angoisse; son cœur bat vite et en même temps une idée lui vient à l'esprit. Il lui semble que, s'il prenait une grenade, elle lui éclaterait dans la main avant de l'avoir lancée. Ou bien il a peur que la maison s'écroule. Ou il se demande s'il a toujours fait son devoir, s'il n'a rien à se reprocher.

Ces idées, il les reconnaît absurdes. Il sait que les accidents de grenades sont très rares; que, pour le moment, il ne risque ni bombardements, ni tremblements de terre; sans avoir la prétention d'être un saint et tout en reconnaissant qu'il n'est pas sans péché, il ne trouve pas dans sa vie d'actes exceptionnellement coupables. Aussi, au lieu de fouiller impérieusement dans son passé, il résiste à ces interrogations.

D'ailleurs, ces états ne l'ont jamais dominé d'une façon constante et ils vont en diminuant. Ils paraissent surtout étranges à Charles et sa conduite n'est pas modifiée par eux.

Le *réflexe oculo-cardiaque* indique nettement la prédominance du vague, 76 pulsations avant, 60 après la compression des yeux.

Le Pachon donne comme tension maxima 13 1/2 et minima 8.

Sous l'influence du lit, Charles ressent une amélioration, remercie le médecin de l'avoir contraint à l'alitement et déclare avoir moins d'angoisse et la tête plus libre. Cependant on note, le 7 mars, c'est-à-dire environ un mois après son arrivée, qu'il se plaint d'éprouver depuis deux ou trois jours plus de difficulté à s'endormir. Il pense à son avenir, au maintien de sa guérison ou à des rechutes. Il a des cauchemars de guerre avec visions de massacres et de morts. Il se réveille en sueur. Une fois, étant réveillé, il a entendu distinctement une voix partir d'une chambre voisine du dortoir, qu'il sait pertinemment vide, et cette voix disait : « Eh bien, Charles? » Il pensa avoir eu affaire à une hallucination, fut effrayé de ce symptôme qu'il croit grave et se rendormit.

Cette hallucination s'est reproduite cinq fois en tout, dans les mêmes circonstances, au sortir d'un cauchemar. Une fois

©BIUM

cependant, c'est en plein jour qu'elle eut lieu. Alors que ne pensant à rien, il allait au W.-C., il entendit encore : « Eh bien, Charles? » C'était la même voix humaine que la nuit, partant du même endrot et ne lui rappelant la voix d'aucune des personnes qu'il connaît. On prescrit de la solution d'adrénaline au 1/1000, dix gouttes le premier jour, vingt le second, trente le troisième et jours suivants.

Au bout de trois jours de ce traitement, le sujet déclare se sentir beaucoup mieux et éprouve le besoin de se dépenser en conversations gaies avec ses camarades, comme il ne l'a jamais fait. D'ailleurs, il a engraissé depuis qu'il est au lit; il se sent dégagé. La pression est montée à 16 comme maxima et 9 comme minima.

Le réflexe oculo-cardiaque donne 90 pulsations avant et 82 pulsations pendant la compression des yeux. Il est donc maintenant normal ou très légèrement vagotonique.

Un soir, après avoir parlé et discuté beaucoup plus que d'habitude, Charles se sent fatigué, se met au lit de meilleure heure et passe une nouvelle nuit interrompue de cauchemars.

Depuis lors, il éprouve une sensation bizarre, qui accompagne toutes ses pensées, tous ses actes; il n'a plus d'angoisse ni d'obsessions, mais il lui semble qu'il n'est plus le seul maître de son esprit, qu'il n'a plus de spontanéité, qu'il n'a plus que de la docilité envers un être qui penserait comme lui, mais prendrait les initiatives auxquelles il ne fait qu'obéir. Tous ses actes, bien que commandés par l'opportunité, lui font l'effet d'être l'exécution de commandements proférés par un autre.

Par exemple, il veut écrire à sa mère et commence sa lettre; mais en écrivant, il lui semble que ce n'est pas lui qui le fait spontanément, que c'est non pour correspondre avec sa mère, mais pour exécuter un ordre lui prescrivant de lui écrire.

Le soir, il veut arranger son lit pour bien dormir. En le faisant, il lui paraît que c'est parce que quelqu'un lui a infligé cette obligation.

Ce n'est pas lui qui a la sensation de prendre les déterminations de ses actes, bien que ceux-ci soient adaptés à ce qui convient et qu'il les veuille.

Alors, *il se demande s'il ne rêve pas,* s'il est bien éveillé ou même s'il est vivant. Et de son existence réelle, il a la certitude dès qu'un incident extérieur le retire de son analyse interne, par exemple : l'infirmière lui apporte une assiette, cela lui prouve bien qu'il ne dort pas, qu'il existe. Aussi est-il content des petites conversations qui l'arrachent à ses pensées; mais elles ne doivent pas être longues, car elles le fatiguent et ramènent ces combats. Il est donc dans un état de doute par diminution de la fonction d'autoconduction et d'attention.

©BIUM

L'*évolution clinique du syndrome émotionnel* de ce malade peut être divisée en trois étapes : l'une d'hyperémotivité diffuse ; la seconde d'obsession ; la troisième de dépersonnalisation légère.

I. — La *première étape* est caractérisée par l'ensemble des phénomènes classiques de l'hyperémotivité, atteignant ces degrés d'anxiété sur lesquels vient d'insister très justement Mallet dans sa description de la dépression anxieuse des combattants (1).

On note chez Charles : aprosexie, dysmnésie, dyspsychie et même apsychie, tremblements, tachycardie, vertiges, etc...

Cette phase s'est passée loin de notre observation. Il y avait alors anxiété diffuse sans systématisation idéo-affective précise.

II. — La *seconde étape* se distingue par l'atténuation des troubles précédents et par l'apparition du syndrome « obsessions ».

Celles-ci ne sont, en somme, que la *cristallisation intellectuelle de l'anxiété diffuse précédente*. Cette seconde étape, commencée avant l'arrivée du sujet dans notre service, s'est terminée sous nos yeux. En voici les principaux caractères.

Les obsessions peuvent se répartir en trois groupes, suivant que leur objet avait une existence présente, passée ou à venir.

1° Obsessions à objet actuel. C'était la crainte que le plafond de la chambre, où couchait Charles, vînt à s'effondrer. « Quand je me suis mis au lit et quand je tarde à m'endormir, expliquait-il, je me sens énervé, comme étouffé, et je suis pris par le pressentiment que la maison va s'effondrer. Je sais fort bien que cette peur est stupide, que rien ne peut provoquer l'effondrement, qu'il n'y a pas de bombardements à Paris et que les maisons ne se démolissent pas toutes seules. Mais, tout en sachant que je ne risque rien, j'ai peur et je pense à cela. »

2° Obsessions à objet passé. C'étaient des scrupules de conscience. « Parfois, quand je ne dors pas, ou

(1) Raymond Mallet. Ces *Annales*, 1916.

©BIUM

même pendant le jour, je me sens énervé, et la question se pose obstinément à moi de savoir si j'ai bien la conscience tranquille, si je n'ai pas quelque faute à me reprocher et si ma maladie n'en serait pas, après tout, l'expiation. Pourtant, je n'ai jamais prétendu à la perfection ; je suis religieux, mais indulgent pour les autres et pour moi ; d'ailleurs, je me rappelle ne pas avoir commis de faute exceptionnellement grave. Jamais de ma vie je n'ai été scrupuleux. Aussi, ne fouillai-je pas volontairement dans mon passé pour trouver ma faute. C'est malgré moi que cette question de culpabilité éventuelle hante mon esprit. » Là encore, c'est une crainte, mais dans le domaine moral et non physique, qui a obsédé le sujet.

3° Obsessions à objet futur. C'était l'idée que, si jamais Charles reprenait une grenade, elle lui éclaterait dans la main. « C'est aussi la nuit, mais parfois également le jour, que je sens une emprise de ma pensée par cette idée. J'ai beau me dire que si je reprenais des grenades, cela se passerait comme auparavant, que je les lancerais assez tôt, que les accidents de cet ordre sont exceptionnels ; que, d'ailleurs, le moment n'est pas venu de songer à cela ; tous mes efforts sont vains, la hantise reste dans ma tête. » Il s'agit encore d'une crainte, mais exagérée vraisemblablement par le doute qu'a le malade sur sa valeur physique et morale, diminuée par la maladie.

En insistant sur les circonstances prémonitoires des phénomènes obsédants, le sujet expliquait qu'ils commençaient par un énervement, un étouffement, qui lui faisaient peur, comme si le sang refluait au cœur, puis, une de ces idées surgissait.

Il y a donc, au début, une sensation organique. Le déterminisme de ces états idéo-affectifs obsédants paraît être le suivant.

L'ébranlement nerveux causé par l'émotion du champ de bataille a trouvé chez le sujet une fragilité particulière dans le domaine du système végétatif, peut-être du fait de la prédisposition et de la tuberculose antérieure : on sait le rôle de la toxi-infection tuberculeuse sur l'irritabilité du sympathique. Rappelons que l'année avant la guerre, une interminable bronchite fit conseil-

©BIUM

ler à Charles, par son médecin, l'abandon de sa profession d'homme de bureau pour une vie au grand air.

A ce point de vue, la guerre lui fut salutaire. Cependant, la radioscopie montre encore une petite traînée ganglionnaire à gauche, et le sommet, de ce côté, ne s'éclaire pas complètement dans les inspirations. Par contre, s'il persiste une légère asymétrie des vibrations vocales et de la sonorité à la percussion, l'auscultation ne permet de saisir actuellement aucun signe de lésion évolutive.

La pression artérielle au Pachon donnait, à l'arrivée du malade dans le service, les chiffres de 13 1/2 comme maxima et 8 comme minima.

Cette atteinte de tuberculose paraît avoir entraîné une moindre résistance du système nerveux végétatif, ainsi prédisposé à pâtir d'un choc émotionnel éventuel.

Les troubles somatiques des émotions passées sur le champ de bataille avaient, par conséquent, une tendance toute naturelle à se reproduire au moindre prétexte ou même par simple reviviscence.

Il est à noter que les obsessions apparaissaient surtout la nuit, lorsque le sujet était au lit avant de s'endormir, c'est-à-dire à l'instant où le rythme vital passe d'une période sympathotonique à une période vagotonique, instant où émergent le plus facilement de l'inconscient toutes les sensations organiques que l'activité de l'état de veille y maintenait plongées.

En émergeant à la conscience, ces troubles somatiques des émotions du champ de bataille entraînaient la réapparition des états idéo-affectifs qui leur avaient été alors associés. Le malade commençait par avoir de l'angoisse due à l'irritabilité de son vago-sympathique. Cette angoisse réveillait aussitôt les sentiments et les pensées qui l'accompagnaient pendant le traumatisme émotionnant.

Remarquons que le contenu intellectuel et affectif de ces obsessions avait toujours rapport à la guerre. Le sujet avait peur que la maison ne s'écroulât, préoccupation naturelle de tout homme qui s'abrite pendant un bombardement. Il avait peur que la grenade n'éclatât dans sa main, inquiétude presque constante chez les grenadiers. Il avait peur de ne pas être en état de grâce,

©BIUM

souci de tout croyant qui, s'exposant à la mort, s'attend à comparaître devant la justice divine.

Ces phénomènes obsédants étaient bien plus des émotions reviviscentes que des obsessions véritables. *C'étaient des résurrections d'émotions de guerre à point de départ physique : l'angoisse.* Et cela est si vrai que, parfois, l'obsession disparaissait sous l'avalanche des autres signes émotionnels eux aussi déclanchés : tremblements, vertiges, éclipses de la lucidité.

Notre malade peut donc être rapproché de celui que nous avons présenté ici même en mai 1916 et qui était attteint de stéréotypies de la marche, de l'attitude et de la mimique qu'il avait eues sur le champ de bataille. Ce soldat revivait, dans ses stéréotypies, toutes les scènes émotionnantes, éprouvant non seulement l'émotion, mais encore exécutant à nouveau les actes qu'il accomplissait alors. Notre malade d'aujourd'hui, quand il était obsédé, éprouvait simplement à nouveau l'émotion de guerre, sans refaire les gestes qu'il exécutait au moment de l'émotion initiale. Chez l'autre, il y avait régression de la personnalité entière ; chez celui-ci il n'y avait que régression de l'affectivité.

Cette différence des réactions aux mêmes chocs, les unes toutes extérieures, visibles pour tout le monde ; les autres, au contraire, purement intérieures, perçues par le seul sujet, tient aussi à la différence des deux caractères. Notre stéréotypé, simple garçon d'hôtel, inhabitué à l'introspection, était tout en dehors, tout moteur. Notre psychasthénique d'aujourd'hui, au contraire, analyste constitutionnel, est un intimiste chez qui tout se passe en dedans.

III. — La *troisième étape* est celle à laquelle se trouve actuellement le malade. Elle se caractérise par une amélioration de la santé physique, la disparition des obsessions et l'apparition de phénomènes de dépersonnalisation.

Toutes ces conséquences paraissent, en grande partie, sous la dépendance du traitement et surtout de l'adrénaline. Celle-ci, en relevant la tension artérielle (pression maxima, 16 ; minima, 9), en tonifiant le sympathique, a fait disparaître l'angoisse et les états idéo-affectifs qui lui étaient liés. Mais elle a modifié brusquement la

©BIUM

cénesthésie générale, d'où perturbation dans l'intégration des états de conscience nouveaux avec les anciens, ce qui donne au sujet le sentiment qu'ils ne sont pas complètement à lui, qu'ils ont un caractère xénique, qu'ils ne sont pas consentis par lui, mais qu'ils lui sont imposés.

Il y a, par suite de cette transformation du ton cénesthésique, comme une rupture d'identité entre la personnalité passée et la personnalité actuelle. Les états de conscience n'ont plus le même caractère possessif qu'autrefois, parce qu'au lieu de s'intégrer dans une personnalité dont la vie organique était mauvaise, ils s'intègrent dans une personnalité dont la vie organique est améliorée. D'où l'illusion que ces états de conscience, tout en se passant à l'intérieur du sujet, ne sont pas tout à fait à lui. « En somme, je ne fais que ce que je veux, vous dit-il, mais il me semble que c'est à une volonté étrangère, quoique conforme à la mienne, que j'obéis. Si j'écris à ma mère, c'est parce que je sais qu'il faut que je lui écrive, et si je retape mon lit le soir avant de me coucher, c'est parce que je sais que cela est nécessaire pour que je dorme bien ; cependant, il me semble, en faisant ces choses logiques et voulues par moi, que c'est un ordre d'autrui que j'exécute. »

L'ensemble de ces impressions crée un état de doute concernant l'existence réelle ou imaginaire des événements. Charles se demande alors s'il rêve ou non, s'il est toujours le même ou non, s'il vit réellement ou non. A cette étape de la maladie, on constate un état de doute diffus comparable à l'angoisse diffuse du début. Et dans la production de ces phénomènes, il ne faut pas oublier, à côté du rôle du médicament, celui du caractère du sujet porté à s'observer et à s'analyser.

D'ailleurs, ces troubles de l'appropriation personnelle ne sont qu'une exagération des réactions normales à toute convalescence.

Le convalescent se sent tout changé, tout rajeuni : le langage populaire dit qu'il a fait peau neuve. L'exagération de ce phénomène chez notre malade s'explique par le caractère du sujet et par la rapidité des modifications organiques sous l'influence de l'adrénaline, rapidité qui n'a pas permis la transition entre la personnalité

©BIUM

malade d'autrefois et la personnalité améliorée de maintenant. Le sujet aussi admet volontiers le rôle de l'adrénaline dans le mécanisme des troubles qu'il ressent. C'est le cas de répéter cette phrase de Ribot : « Le sentiment de l'identité manque parce que, pour les états organiques comme pour les autres, il ne peut résulter que d'une assimilation lente, progressive et continue des états nouveaux. »

Si ce sentiment de dépersonnalisation va ici jusqu'à produire le doute, c'est que cet état était, pour ainsi dire, contenu en germe dans les perturbations précédentes du malade. L'anxiété a, en effet, l'incertitude comme caractère essentiel. L'anxieux souffre non pas tant par anticipation de la douleur qui le menace que par ignorance où il est de l'échéance véritable de cette douleur. C'est l'expectative douloureuse d'un événement affligeant, imminent, mais incertain.

En résumé, nous avons affaire à un syndrome consécutif aux émotions de guerre et qui a deux des caraccaractéristiques de la psychasthénie : l'obsession et le sentiment de dépersonnalisation.

L'important pour le médecin est de savoir si ce syndrome psychasthénique est constitutionnel ou acquis.

Il semble qu'il ait été révélé par la guerre chez un *intimiste* constitutionnel, psychasthénique en herbe. D'ailleurs des nuances seulement distinguent notre malade du psychasthénique classique.

Chez le psychasthénique, la désagrégation de la personnalité est primitive, bien que, parfois, le sentiment n'en arrive clairement à la conscience du malade qu'après une période d'obsessions.

Cette période d'obsessions, néanmoins, révèle la désagrégation sous-jacente, parce que son contenu intellectuel est polymorphe et est en contradiction plus ou moins violente avec les tendances propres de l'individu. Le psychasthénique est obsédé de diverses pensées ou craintes plus ou moins opposées à ses aspirations naturelles.

Chez notre malade, au contraire, les phénomènes obsédants furent psychiquement primitifs. Leur contenu intellectuel a toujours été limité à des représentations qui, toutes, étaient en harmonie avec ses orientations

©BIUM

mentales. C'étaient bien plus des *reviviscences émotionnelles* que des obsessions véritables. L'irritabilité paroxystique d'un système végétatif prédisposé, débilité par la tuberculose antérieurement au traumatisme émotionnant et par là même apte à subir les contrecoups de celui-ci, a provoqué l'angoisse ; celle-ci amena à sa suite les états idéoaffectifs qui lui avaient été associés dans la réalité.

Le trouble physique de l'émotion passée, l'angoisse, déclancha les troubles psychiques de cette émotion passée : peur de l'ensevelissement, peur de l'explosion, peur du jugement de Dieu.

Le sentiment de dépersonnalisation, auquel est lié l'état de doute qui succéda à la phase obsédante, ne paraît avoir que des rapports lointains avec ces pseudo-obsessions émotionnelles.. C'est un phénomène de transition qui comporte le même pronostic que celui que nous avions porté pour les états obsédants qui le précédèrent. Sa disparition aura pour conséquence de ramener l'accomplissement normal de la fonction de présentification, donc, de faire cesser l'état de doute.

Quant à l'évolution ultérieure du syndrome psychique, on ne peut encore la pronostiquer catégoriquement, vu le tempérament et le caractère du sujet et la persistance chez lui d'une hyperémotivité considérable, qui rendent difficile son examen par des médecins qu'il ne connaît pas.

Discussion

M. Laignel-Lavastine. — Je voudrais ajouter un mot à la présentation que nous venons de faire.

Le cas est très complexe ; on peut en donner des interprétations diverses ; l'interprétation somatique que nous proposons est, certes, très hypothétique ; les critiques qu'on peut lui faire, nous nous les sommes faites les premiers. Néanmoins, nous l'émettons, en faisant remarquer que, dans le grand nombre des facteurs, constitutionnels et acquis, organiques, fonctionnels et psychiques, qui se trouvent en jeu chez ce malade, tuberculose, sympathique, adrénaline, peuvent avoir joué un rôle, si petit soit-il.

M. Lwoff. — Ce malade paraît avoir été toujours

©BIUM

un déséquilibré. Il a manifesté en outre, des idées mystiques nettement caractérisées, notamment lorsqu'il parle des lumières de Dieu qu'il a reçues.

M. ARNAUD. — Si j'ai bien compris, le point le plus intéressant chez ce malade serait que sa psychasthénie est acquise. Il me paraît difficile de le considérer comme n'ayant jamais présenté les petits signes de la psychasthénie ; les renseignements recueillis sur son passé n'émanent que de lui seul, ce qui n'est pas suffisant. En tout cas, il a toujours manqué de confiance en lui-même ; il a toujours eu tendance à s'analyser, et l'on ne peut affirmer, qu'il n'a pas présenté dans l'adolescence quelques-unes de ces habitudes que l'on appelle vulgairement des « manies ». Il semble donc qu'il y a des réserves à faire sur la possibilité d'une contribution primitivement psychasthénique, et son accident n'aurait servi que de prétexte au développement des phénomènes actuels.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — J'accepte parfaitement les critiques de M. Arnaud relatives à la prédisposition de notre malade.

Nous avons d'ailleurs indiqué qu'il était un intimiste, préoccupé d'analyser son moi. On peut donc très bien soutenir qu'il avait avant la guerre la « constitution psychasthénique » et que ce cas rentre dans la règle générale. Il n'en est pas moins vrai que, si la guerre n'a pas créé la psychasthénie chez ce sujet, elle l'a révélée et sans ce réactif infiniment puissant que sont les émotions de la guerre, peut-être notre homme, psychasthénique pour son moi intime, ne le serait-il jamais socialement devenu.

D'autre part, le fait que, très croyant, il est resté vierge, doit-il être considéré comme le stigmate d'un état pathologique ?

C'est peut-être beaucoup dire.

Certes, la virginité chez l'homme jusqu'à cet âge n'est pas un fait ordinaire ; il sort du commun ; mais ce qui n'est pas commun n'est pas toujours anormal ; et même ce qui est anormal, c'est-à-dire en dehors de la règle, au-dessus comme au-dessous de la norme, n'est pas toujours pathologique.

M. COURBON. — Je pense qu'après les précisions

©BIUM

apportées par M. Laignel-Lavastine, il ne reste plus de doutes sur l'interprétation que nous donnons à ce syndrome psychasthénique *révélé* et non *créé* par les émotions de guerre.

Je veux cependant insister sur un fait qui montre toute l'importance étiologique de celles-ci. Elles n'ont pas simplement eu pour effet de mettre à jour une constitution psychasthénique certainement préexistante mais néanmoins peu évidente : elles ont encore imprimé leur caractère aux éléments obsédant du syndrome et à l'ensemble de la mentalité. Ces obsessions ne sont que des reviviscences obsédantes des émotions de guerre elles-mêmes.

En outre, je veux ramener à sa valeur significative un terme dont, au cours de la présentation, s'est servi le sujet pour exprimer les motifs de sa foi : « J'ai eu, a-t-il dit, des lumières qui m'ont convaincu de la vérité de la religion catholique. » Certains auditeurs, à ce mot, ont manifesté l'éveil d'une orientation diagnostique, dans le sens d'un délire mystique. Nous-mêmes, lorsqu'il employa cette expression pour la première fois, avions eu la même réaction ; mais l'examen approfondi nous a prouvé qu'il n'existait aucun délire mystique. Il eût été facile de s'en rendre compte au cours de la présentation si l'hyperémotivité du malade n'eût pas fait obstacle à son interrogatoire public. Le terme « lumières » est pris par lui avec la signification qu'il a dans le langage chrétien, où il est synonyme de certitude, de connaissance absolue, en une matière où la raison humaine seule est impuissante à découvrir le vrai, sans le secours de Dieu. Les lumières de la foi sont seules capables de dissiper l'erreur, d'après la religion. Et la religion de Charles fut toujours très sévère, remarquablement stricte même, puisque la chasteté de l'homme qui n'est pas entré dans les ordres paraît être exceptionnelle, mais néanmoins cette religion s'est toujours maintenue dans des limites, qui ne permettent pas de lui donner une épithète pathologique.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,
J.-M. DUPAIN et TRUELLE.

©BIUM

SÉANCE DU 30 AVRIL 1917

Présidence de M. COLIN, vice-président.

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

MM. Courbon et Haury, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Chaslin, qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Un cas de délire mystique chez un Musulman,

par M. J. LAUTIER (Service du Dr H. Colin).

Le malade que je vais vous présenter est un indigène tunisien, de religion musulmane.

La guerre nous donne l'occasion d'étudier la psychopathologie ethnique. C'est ainsi que se trouvent, à la Section militaire de l'asile de Villejuif, actuellement, un tatar appartenant au corps expéditionnaire russe, un ouvrier chinois, un tirailleur annamite, un nègre soudanais et deux Arabes, l'un algérien et l'autre tunisien.

C'est ce dernier qui présente à la fois des troubles mentaux consécutifs à une blessure de guerre datant de quelques mois et de plus un délire mystique, évoluant depuis sa jeunesse, auquel les troubles récents sont venus se surajouter.

Les variations du délire des mystiques suivant les religions auxquelles ils appartiennent, sont mal connues. Guislain a émis le premier, dans ses *Leçons sur les Phrénopathies* (1852), l'opinion suivante, souvent reproduite depuis : que le délire religieux affecterait le plus souvent chez les catholiques la forme de psychose dépressive, avec peur d'être damné, possession par les

©BIUM

démons, etc., tandis que les protestants seraient de préférence des mystiques mégalomanes, prophètes ou inspirés.

D'après Krafft-Ebing, au contraire, la différence de religion n'aurait aucune influence notable. Tous les mystiques se ressembleraient à quelque religion qu'ils appartiennent.

Quant au délire religieux des musulmans, on n'en trouve, à ma connaissance, aucune observation dans la littérature médicale française. C'est cependant une opinion généralement répandue qu'il est très fréquent chez eux. Dès 1843, Moreau (de Tours) écrit dans les *Annales médico-psychologiques* : « L'exaltation des idées religieuses est la cause principale, on pourrait dire presque unique, de la folie chez les musulmans. » Guislain, dans l'ouvrage que j'ai déjà cité, dit : « En Turquie, là où la seule lecture est l'Alcoran, où l'esprit n'est point éclairé par l'instruction puisée dans les livres, la religion est presque l'unique cause qui engendre le trouble mental. »

On pourrait s'étonner à la lecture de ces lignes, de l'absence complète d'observations de délire mystique chez les Arabes. Mais une opinion tout à fait opposée a été soutenue par Meilhon en 1896. Médecin de l'asile d'Aix-en-Provence, où étaient soignés tous les aliénés d'Algérie et de Tunisie, il a publié dans les *Annales* une étude générale sur *l'Aliénation mentale chez les Arabes*. Il soutient dans cette étude que la religion mahométane a une influence prophylactique contre la folie. Cette influence est due au fatalisme, à l'inclination vers la passivité que produit cette religion, et à la défense de boire du vin inscrite dans le Coran.

Aussi, s'il admet que les idées mystiques prédominent chez ses malades algériens, dans divers délires et notamment dans les délires toxiques causés par le kief ou par l'alcool, il affirme la rareté chez eux du délire mystique vrai.

Il écrit : « Cette direction imprimée au délire par les habitudes contemplatives de l'indigène, il est certain qu'on la retrouve très souvent dans les manifestations délirantes, mais il ne faudrait pas dire, avec Farnari, que la folie religieuse est très commune chez l'Arabe.

©BIUM

Des idées mystiques au délire mystique proprement dit, il y a toute la distance qui sépare les idées de persécution du délire des persécutions de Lasègue, et c'est peut-être pour n'avoir pas fait cette distinction, qu'on a dit que la folie religieuse était si fréquente ch z l'Arabe. Pour ce qui nous concerne, nous n'en avons pas rencontré un seul exemple bien caractérisé. »

Aussi m'a-t-il paru intéressant de vous présenter le Tunisien A...-ben-S...

A...-ben-S... est entré à la section militaire de l'asile de Villejuif, le 9 février 1917, venant du Val-de-Grâce, où le certificat suivant avait été rédigé par M. Briand :

« Dépression mélancolique. Sentiment d'impuissance. Découragement. Trouvé sur la voie publique. Déjà traité. »

A son entrée, sa face frappe par une expression d'indifférence, ou plutôt par l'absence de mimique. Il garde un mutisme presque complet, répondant seulement : « Je ne sais pas » à certaines questions. Comme il ne paraissait pas présenter de stupeur, j'avais d'abord pensé qu'il ne savait que quelques mots français, pas assez pour comprendre et s'expliquer.

Mais, les jours suivants, il commence à répondre à quelques questions, il adresse quelques mots aux infirmières, et au bout d'une quinzaine, il parle couramment. C'est alors que l'on reconnaît qu'il est atteint d'un délire mélancolique hallucinatoire actuel, consécutif à nne blessure du crâne, et en même temps d'un délire mystique ancien que nous étudierons tout d'abord.

A...-ben-S... ne sait pas exactement son âge : c'est trente ans environ. Il appartient à une famille tunisienne indigène, riche, possédant des propriétés importantes près de Tunis. Pendant toute sa jeunesse, il a vécu dans ces propriétés; il a reçu une bonne instruction arabe, c'est-à-dire comprenant à peu près exclusivement la connaissance du Coran et de la littérature arabe. Sur sa famille, nous n'avons que les renseignements qu'il a donnés lui-même; nous ne voyons à signaler que l'existence d'un cousin germain aliéné, ayant eu des hallucinations et mort au bout de huit mois de maladie.

A... n'a jamais eu de maladie grave. Il ne présente pas de stigmates physiques accentués de dégénérescence. Son champ visuel est rétréci des deux côtés; il a une mauvaise vision des couleurs. Il présente, sur tout le corps, de l'analgésie ou de l'hypoalgésie, aussi prononcée d'un côté que de l'autre. Lorsque je la recherchais, il m'a pris l'épingle des mains et se l'est

©BIUM

enfoncée profondément sous la peau, m'expliquant qu'un prophète comme lui ne sentait rien, et qu'on pouvait même le couper en morceaux sans qu'il éprouvât aucune douleur.

Depuis son enfance, A... est favorisé de visions divines; il ne peut fixer l'époque de la première .Dans sa jeunesse, il se rendait souvent à une montagne voisine de chez lui, comme autrefois Mahomet, pour s'y entretenir avec Mahomet et avec Allah.

Sous quelle forme voyait-il Allah? On sait que les Musulmans ne le représentent jamais sous une forme humaine. Aussi, au lieu du dieu anthropomorphe qui apparaît aux mystiques chrétiens, A... voyait-il Allah comme une boule ou une roue de feu, plus brillante que le soleil, tournant lentement sur elle-même, et se déplaçant en outre rapidement dans l'espace. En une nuit, elle voyage dans le monde entier.

Quant à Mahomet, c'est un homme d'une haute stature; sa barbe blanche lui descend jusqu'à mi-jambe. Ses yeux dardent des rayons de feu et un corps brillant scintille au milieu de son front.

On voit que les visions d'A... présentent le caractère de luminosité des hallucinations de beaucoup de mystiques chrétiens. Elles projettent cette lumière, dont les mystiques ne peuvent définir la douceur et la clarté que par l'effet qu'elles leur produisent, n'ayant pas de terme de comparaison.

Il semble que si Allah n'a pas l'apparence d'un homme, il en possède du moins la voix, car notre malade l'a souvent entendu converser avec Mahomet. Tous deux déroulaient devant ses yeux l'univers tout entier : pour lui, ils faisaient lever et coucher les astres. Sur leur ordre, le soleil disparaissait à l'horizon, pour reparaître à l'orient après quelques instants d'obscurité complète.

Ils lui montraient les trésors qui existent sous la terre : ce sont de véritables trésors des *Mille et une nuits*, des pierreries innombrables qu'une race d'hommes vivant sous le sol entasse dans des cavernes ou charge sur des chars.

A... a souvent vu le paradis. C'est le paradis de Mahomet, peuplé des houris jaunes, bleues, vertes. D'après A..., elles sont transparentes, et lorsqu'elles prennent quelque aliment, on le voit descendre le long de leur gorge.

L'enfer lui est également apparu. Il a vu les damnés y tomber. Le diable qui les y enfourne est d'une taille gigantesque, tout noir, portant un œil derrière la tête et un autre sur son sommet. Il s'est souvent cramponné à A... pour l'entraîner. Mais celui-ci, fort de sa puissance de prophète, le repoussait, lui disait : « Laisse-moi tranquille. »

Enfin, les génies, qui jouent un si grand rôle dans les contes arabes, sous la forme de petits hommes vêtus d'un burnous

©BIUM

rouge, venaient grimper sur le corps d'A... ben-S... et prendre part à sa vie quotidienne.

Il semble qu'il y ait eu dans ces visions une part onirique. En rêve, le malade se sentait transporté par Allah dans diverses contrées de la terre, et, lorsqu'il se réveillait, il se trouvait dans des pays inconnus.

Les visions de A.. sont-elles de véritables hallucinations, sont-ce des représentations mentales très vives? Il est bien difficile de le savoir. D'ailleurs, la difficulté est la même chez les mystiques chrétiens, et si, parmi les visions de sainte Thérèse, l'on peut admettre que celles dites imaginaires sont des hallucinations, il est bien malaisé de savoir à quel phénomène mental correspondent exactement les plus fréquentes, les visions dites intellectuelles. Et cependant, sainte Thérèse avait des facultés d'analyse et d'auto-observation tout autres que celles de notre Tunisien. Celui-ci déclare nettement : « J'ai vu avec mes yeux, j'ai entendu avec mes oreilles. » Comme d'autres mystiques, il a ses procédés pour entrer en extase. Il lui suffit de se prosterner, le front contre la terre, comme font les Musulmans en priant, pour que des visions lui apparaissent.

Au début de son séjour à Villejuif, A... ben-S... disait n'être chargé par son Dieu d'aucune mission, d'aucune révélation. Cela a changé ces derniers temps : il doit, au lieu de se taire comme le lui recommandaient Allah et Mahomet auparavant, révéler ses visions et remplacer Mahomet auprès de tous les Arabes. Il vivra soixante-douze ans et sera un grand prophète. Mais ce qu'il doit prêcher, c'est la religion musulmane orthodoxe; ce n'est nullement un hérétique, ni un réformateur.

Dans sa famille, il avait déjà des adeptes. Son père et sa mère croyaient à la réalité de ses apparitions. Son frère, plus réfractaire, était incrédule.

Ajoutons que notre malade ne paraît pas suspect de fabulation. Il a toujours eu un ton de vérité frappant et n'a jamais varié dans la description de ses visions.

Voilà donc quel était l'état mental d'A...-ben-S... lorsqu'il est venu faire la guerre en France dans les tirailleurs tunisiens. Après quelques mois de campagne, il a été blessé, le même jour, par deux balles, dont l'une lui a fait une plaie insignifiante à la lèvre, tandis que l'autre a pénétré dans le crâne par sa face postérieure. L'orifice d'entrée de la balle se trouve exactement à deux travers de doigt au-dessous de l'occiput, et très légèrement à gauche de la ligne médiane. Il a été soigné dans un service de chirurgie de l'hôpital Rothschild, où, après plusieurs mois de séjour dans le crâne, la balle a été extraite par trépanation.

©BIUM

Il est probable que ses troubles mentaux ont empêché de le garder. Il a passé une quinzaine de jours à Maison-Blanche, d'où, à son dire, il est parti après s'être battu avec un sergent auquel il avait entendu dire qu'on allait le fusiller le lendemain. Il ne se rappelle nullement avoir été arrêté errant dans les rues, comme l'indique le certificat de M. Briand.

Disons, à ce propos, qu'A... mélange au récit des faits réels, des éléments fournis par son délire. C'est ainsi qu'il nous a raconté avoir passé devant un conseil de guerre, qu'il décrivait nettement, sans que rien permît de croire à la vérité de cette allégation. Beaucoup de détails ne nous sont connus que par ses dires, sans que nous ayons pu les contrôler. Malgré tout l'intérêt qu'il y aurait eu à le faire, nous n'avons pu nous mettre en rapport avec aucun membre de sa famille.

Il est cependant bien probable que c'est consécutivement à sa blessure, que le malade a été atteint de délire mélancolique, qu'il a eu la conviction qu'il allait être fusillé. C'est ce que lui disent des voix qu'il entend, voix qu'il attribue tantôt « au gouvernement français », tantôt à certains autres malades, avec lesquels il se dispute pour ce motif.

Il présente en outre des phénomènes visuels extrêmement intéressants. Il a des hallucinations lilliputiennes : de nuit ou de jour, il voit fréquemment défiler un grand nombre de ses camarades, des tirailleurs tunisiens, trois ou quatre cents, au moins, dit-il. Ils sont de petite taille, venant à la hauteur de son genou, ou au milieu de sa cuisse. Au bout de quelque temps ils s'arrêtent et tous le couchent en joue. Parfois, ils s'élèvent en l'air en tourbillonnant, en tenant toujours leurs fusils braqués sur lui.

Il a aussi de la micromégalopsie; les objets réels qu'il regarde changent de taille, s'agrandissent et se rapetissent. Hallucinations lilliputiennes et micromégalopsie paraissent bien dater du traumatisme cranien.

Nous n'avons pu découvrir d'hallucinations de la sensibilité générale. Le délire mystique n'a pas disparu ; dans sa chambre, à l'Asile, A... voyait Allah et Mahomet. Il les entendait discuter pour savoir s'ils pouvaient consentir à sa mort.

A... s'est montré de plus en plus halluciné, se disputant avec d'autres malades par qui il se croyait injurié, suivant des yeux, en l'air, les déplacements de la boule lumineuse qui représente Allah, ou à ses pieds le défilé de ses persécuteurs lilliputiens.

Cette observation nous paraît offrir plusieurs caractères intéressants : tout d'abord elle est, comme nous l'avons dit, la seule observation de délire religieux chez

©BIUM

un musulman que nous connaissions. Nous voulons signaler aussi la forme sous laquelle A... voit Allah et l'opposer aux hallucinations anthropomorphes des mystiques chrétiens ; il est vrai que ceux-ci voient parfois Dieu sous la forme de langue de feu, de point lumineux, le Saint-Esprit sous la forme d'une colombe. Un épileptique, cité dans la thèse de Dupain, voyait Dieu « sous la forme d'un beau grand poisson, qui se dirige vers le ciel... et qui présente les chatoiements colorés d'un poisson brillant ».

Dans la même thèse, on trouve dans certaines observations de mystiques que l'univers se déroule aux yeux du malade, comme à ceux d'A...

Disons encore que le contenu du délire de notre malade nous paraît nettement inspiré par la littérature arabe. On y trouve des ressouvenances continuelles du Coran, des poésies et des contes arabes, des *Mille et une Nuits*.

Enfin, le dernier point intéressant, c'est l'apparition de ces deux symptômes : hallucinations lilliputiennes et micromégalopsie, à la suite d'un traumatisme crânien. Ces symptômes sont regardés comme particuliers aux délires causés par les intoxications ; aucune n'existe chez A...-ben-S... Il a peut-être fumé quelquefois du kief autrefois, mais sûrement, il n'en fait plus usage depuis qu'il est en France, et, comme un bon sectateur de Mahomet, il ne boit jamais ni vin, ni alcool.

DISCUSSION

M. Colin. — Il est à remarquer que chez ce malade les hallucinations de l'ordre mystique qu'il présente sont sensiblement différentes de celles qu'on observe communément dans les cas analogues.

M. Lwoff. — Dans l'extase mystique les hallucinations visuelles sont considérées comme immobiles dans l'espace, à l'opposé des hallucinations mobiles des intoxiqués ; chez ce malade les visions sont au contraire perpétuellement en mouvement. Il n'est pas certain d'ailleurs qu'il s'agisse d'hallucinations visuelles vraies ; celles-ci sont rares, même chez les mystiques, et s'accompagnent de réactions émotives que l'on n'observe

©BIUM

pas chez ce malade, il est possible qu'il présente surtout des hallucinations psychiques.

M. ARNAUD. — Le malade n'est pas du tout indifférent ; il ne cesse de parler et présente bien l'aspect d'un individu en état hallucinatoire.

M. LAUTIER. — Je crois, en effet, que la plupart de ses visions sont des représentations mentales et non des hallucinations visuelles vraies.

M. ROUBINOVITCH. — En quoi a consisté la lésion occipitale? Y a-t-il eu perte de substance?

M. LAUTIER. — Nous ne savons pas exactement, mais le malade a été trépané.

M. ROUBINOVITCH. — On peut se demander si, à la suite de sa blessure du crâne, il n'a pas extériorisé sous forme hallucinatoire les représentations mentales qu'il avait précédemment. Il serait intéressant d'avoir une radiographie.

États seconds cataleptiformes post-confusionnels par émotion-choc de guerre,

par M. LAIGNEL-LAVASTINE, chef,
et PAUL COURBON, assistant,
du Centre des psychonévroses du Gouvernement militaire de Paris.

Le malade, que nous présentons, a été soumis à l'une des plus violentes émotions que la guerre puisse produire. Il a eu son frère aîné, qui était en même temps son caporal d'escouade, tué sous ses yeux au créneau, dans le poste d'écoute, où ils se trouvaient tous deux.

Immédiatement après cette scène terrifiante, dont il se souvient très bien, il fut frappé d'amnésie et fut en proie, pendant des semaines, à une confusion mentale extrême.

Peu à peu, il reprit l'usage de ses facultés. A l'heure actuelle, c'est-à-dire vingt-sept mois après ce traumatisme émotionnant, il paraît être revenu à son état mental normal. Mais il présente encore à diverses reprises, au cours d'une même journée, une suspension soudaine de toute activité, comme si la vie psychique se retirait

©BIUM

de lui. En dehors de ces moments, dont il n'a pas conscience, il s'occupe avec correction de son ancien métier ; il a conservé cependant un tic de frissonnement, dont il n'est pas incommodé.

D... est un garçon de vingt-quatre ans, que sa famille considère comme timide, mais qui, en réalité, est un débile mental. Il a toujours vécu dans les jupons de sa mère, travaillant comme forgeron dans le même atelier que son père, et est parti à la guerre dans la même escouade que son frère aîné, qui était caporal.

Il avait pour celui-ci une grande affection et éprouvait tellement le besoin de sa protection qu'ayant été blessé au genou en août 1914, il refusa de se laisser évacuer pour rester dans le même régiment.

En janvier 1915, il se trouvait assis sur la banquette d'un poste d'écoute avec son frère. Ils conversaient, lorsque, à un moment donné, celui-ci regarda au créneau. Il était à peine levé, qu'il retombait foudroyé, la tête fracassée par une balle, sur les genoux de son compagnon.

Le malade se rappelle cette scène et ne se souvient plus de ce qui arriva ensuite. Il reprit connaissance un mois après, dans un asile d'aliénés, d'où il fut réformé temporairement. Cette réforme fut prolongée jusqu'en février dernier, époque où il nous fut envoyé dans le service avec le diagnostic de « séquelle d'état confusionnel post-commotionnel ».

Pendant sa réforme, D... vivait en famille ; il aidait son père dans son travail, mais avec irrégularité, à cause de sa grande fatigabilité et de ses crises fréquentes.

Ces crises, il ne peut pas les décrire, parce qu'il n'en a pas conscience et que sa débilité mentale l'empêche d'exposer le récit que lui en ont fait les spectateurs. Il nous a fallu un très long interrogatoire pour savoir les raisons de son hospitalisation. Il ne nous parlait que de sa blessure du genou, et ce n'est qu'incidemment, parce que nous avons constaté une de ces crises pendant notre examen, que nous avons appris leur existence.

Il nous a alors déclaré que ses parents le faisaient toujours accompagner de son petit frère pour éviter qu'il rentrât en retard. Un jour qu'il allait en tramway rejoindre sa mère au Château-d'Eau, il laissa passer la station et arriva à la gare de l'Est, où la receveuse l'obligea à descendre en lui déclarant qu'il était arrivé au point terminus. Il obéit aussitôt et, spontanément, regagna le lieu de rendez-vous, où il s'était fait attendre. C'est depuis lors qu'on le fait accompagner.

Pendant qu'il travaille, entre deux besognes, il s'arrête, et son père doit le secouer pour le faire remettre à son ouvrage.

©BIUM

Depuis son entrée à l'hôpital, il lui arrive chaque jour de conserver une immobilité et un mutisme complets pendant plusieurs minutes. Les yeux restent grands ouverts et fixés sur un point lointain. Il n'entend rien, ne sent rien, ne réagit à rien. Une flamme, mise devant son regard, n'amène ni clignement, ni recul ; seules les pupilles se contractent. Cette pétrification apparente au bout de quelques minutes se ride, au niveau des narines et des lèvres, de quelques brèves secousses. En même temps, la respiration devient perceptible et oppressée. Le pouls s'accélère, et l'on voit des larmes baigner les yeux et même tomber sur le visage. Alors le masque semble exprimer une profonde douleur mêlée d'effroi, d'autant mieux que, par intervalles, un grand frisson secoue tout le corps.

Toute excitation portée sur les téguments, tout effort pour modifier l'attitude des membres n'entraînent aucune réaction au cours de cet état ou le brisent.

La crise n'apparaît jamais pendant le travail manuel. Jamais l'exécution d'un acte n'est interrompue par elle. C'est toujours pendant une période d'inactivité physique qu'elle apparaît : pendant la station assise, quand le sujet lit un journal ou qu'il prend part à une conversation languissante ; lorsque, pendant une partie de cartes, c'est lui qui fait le mort. Il en est de même le soir, lorsqu'il est au lit, avant de s'endormir ; également, quand il est debout, attendant quelque chose ; lorsqu'il est de corvée à la cuisine et que les objets qu'il y va chercher ne sont pas prêts, par exemple.

Pendant la durée de l'accès, il reste dans son attitude initiale, debout, assis ou couché ; c'est toujours une attitude de repos mais non de résolution musculaire.

La disparition de l'accès est instantanée. Elle a lieu à l'occasion d'une excitation trop violente : piqûres répétées, secousses intenses, cris hurlés dans l'oreille, ou bien spontanément, au bout de quelques minutes. Le malade frissonne et, immédiatement, se remet au travail, comme si rien ne s'était passé, ou reprend la partie de jeu, tout guilleret, étonné de l'étonnement de l'entourage.

Dans l'intervalle de ces paroxysmes, la conduite du sujet est normale. Il est très timoré avec les chefs, mais, avec ses camarades, il est jovial et bon compagnon, prend part à leurs exercices et à leurs jeux.

Il raconte la scène de la mort de son frère avec facilité, dit le regretter beaucoup, l'avoir beaucoup aimé, mais avoir pris son parti de cette mort. Loin d'être dans un état de dépression mélancolique continuel, il est, au contraire, habituellement gai. Il faut l'amener à établir, entre ses états d'absence et la perte de son frère, un rapport de cause à effet qu'il n'établit pas

©BIUM

spontanément. D'ailleurs, ces absences n'ont pas, à ses yeux, grande importance; il se préoccupe plus de la blessure guérie de son genou.

Physiquement, on ne note rien de pathologique au point de vue moteur, sensitif, ni sensoriel. Avant la guerre, il n'avait présenté aucun accident névropathique. Sa santé était suffisante. Il était en train d'accomplir son service militaire lors de la déclaration de guerre.

Il s'agit donc d'un individu qui, à la suite d'une émotion de guerre, présente, plusieurs fois par jour, une suspension complète de l'activité psycho-motrice, avec, pendant les périodes intercalaires, réapparition d'une mentalité normale, mais inconsciente de ce qui vient de se passer.

Les éléments de ce syndrome épisodique sont les suivants :

Le phénomène débute par une immobilité absolue du corps, mais sans résolution musculaire. L'individu reste dans l'attitude où il se trouvait avant la crise, et nous verrons que cette attitude est, sinon celle du repos complet, du moins celle de l'attente. Cette absence de résolution musculaire, jointe à la persistance de l'ouverture des paupières, éloigne toute apparence de sommeil et donne l'impression d'une pétrification des traits en plein état de veille.

Il se peut que, précédemment, cette immobilité fût modifiable au gré de l'observateur, mais aujourd'hui toute tentative pour déplacer les membres fait cesser la crise.

Le visage est figé. Parfois, un imperceptible et furtif frémissement fait palpiter les narines et les lèvres. Peu à peu, la respiration s'enfle et devient haletante, en même temps que le pouls se précipite. Et les yeux, qui sont restés immuablement fixés dans la même direction, s'humectent de larmes.

Jamais les réactions mimiques n'ont dépassé cette esquisse brève, mais évidente, de la douleur morale.

La sensibilité est très obtuse, quoique non abolie. La projection d'une lumière vive devant le regard fait contracter les pupilles, mais ne produit ni rapprochement des paupières, ni mouvement de la tête ; les piqûres d'épingles ne sont perçues qu'à la longue ; il en

©BIUM

est de même des appels et des chocs. A ce point de vue, la sensibilité musculaire semble moins obtuse que la sensibilité tactile. A peine la perception a-t-elle lieu que la crise cesse brusquement par le retour complet du sujet à la réalité.

L'apparition de la crise est toujours soudaine. Elle ne se manifeste jamais que pendant des périodes d'inactivité physique : au lit, avant le sommeil, sur une chaise pendant une lecture, debout, pendant une halte entre deux mouvements. Par exemple, jamais D... n'a été frappé d'immobilité pendant l'exécution d'un acte normal ; il n'est jamais resté la main en suspens ou un pied en l'air. Le repos physique semble donc nécessaire pour la production de la crise.

Sa disparition se fait avec la même brusquerie, soit spontanément sans causes appréciables, après quelques minutes, soit à la suite du rappel plus ou moins violent des spectateurs. Le malade frissonne, sourit et se remet immédiatement à la besogne, la reprenant là où il l'avait laissée. Pour continuer l'action qu'il n'a pas le moins du monde conscience d'avoir interrompue, il ne lui faut faire aucun effort. La lacune semble n'avoir pas existé pour lui.

Interrogé sur ce qui lui est arrivé, sur ce à quoi il pensait, il répond avec sérénité qu'il fait son travail, qu'il ne lui est rien arrivé du tout. D'ailleurs, tout son visage a repris son expression normale de débile mental généralement satisfait.

Si on lui parle alors de son frère, si on lui demande des renseignements sur le sort de ce frère, il décrit la scène de la tranchée sans pleurer, sans paraître extraordinairement ému, se comportant comme un homme qui a pris son parti d'un deuil vieux déjà de plusieurs années. Le contraste est même parfois très frappant entre le masque de la douleur, mêlée d'effroi, que l'on avait sous les yeux et cette face peu intelligente, où les larmes de la minute précédente baignent les sillons actuels d'un niais sourire.

Quel nom convient-il de donner à ces états épisodiques, dont le sujet ne garde aucun souvenir, qui ne durent que quelques minutes et pendant lesquels il ne dit, n'entend, ne fait rien et a l'air de ne rien sentir?

©BIUM

L'absence de la résolution musculaire, ainsi que la conservation de l'ouverture des paupières excluent tout diagnostic de sommeil. Le sujet ne dort pas. Le nom de *narcolepsie* ne saurait donc être appliqué.

Cette suspension des fonctions de relation implique-t-elle une suppression de toute activité psychique consciente? A-t-on affaire à un de ces états décrits sous le nom d'*absence* dans l'épilepsie?

L'absence complète de souvenir est en faveur de cette hypothèse, quoique l'amnésie d'un fait psychique n'en caractérise pas toujours l'inconscience. D'autre part, la présence des modifications mimiques constatées, pour si embryonnaires qu'elles soient, paraît s'opposer à cette interprétation, quoiqu'il puisse y avoir mimique d'états psychiques inconscients.

Si la vie allopsychique est suspendue, la vie autopsychique persiste. Derrière le mur de cette immobilité il se passe quelque chose et c'est sur la contemplation d'un spectacle intérieur douloureux et terrifiant que paraît concentrée toute l'activité psychique. Nous sommes ainsi amenés à rapprocher ce phénomène de la *distraction* par prédominance temporaire d'un état idéo-affectif.

Cependant, il existe entre notre sujet et le distrait cette différence que chez celui-ci la distraction n'est que la manifestation extérieure de l'exubérance transitoire dans la conscience d'une préoccupation permanente.

C'est à l'*extase*, c'est-à-dire à la forme la plus apparemment paralysante de la distraction, que l'on songe devant cette pétrification de D... « Dans l'extase, dit Bérard, il y a exaltation vive de certaines idées qui absorbe tellement l'attention que les sensations sont suspendues, les mouvements volontaires arrêtés, l'action vitale même souvent ralentie. » La définition de Michea est encore plus applicable : « L'extase est une contemplation profonde avec abolition de la sensibilité et suspension de la faculté locomotrice. »

« L'âme dans l'oraison d'union, dit sainte Thérèse (1), se trouve comme saint Paul lors de sa conver-

(1) *Sainte Thérèse*. Œuvres. Trad. Arnaud d'Andilly, t. 1, p. 808. Le Chasteau de l'âme.

©BIUM

sion, tellement privée de sentiment, qu'elle ne voit, ni n'entend, ni ne comprend rien à la faveur qu'elle reçoit » et « durant cette extase, le corps est comme mort sans pouvoir le plus souvent agir en aucune sorte ; et elle le laisse en l'état où elle le trouve (1). »

Outre l'état de la motricité, plusieurs traits de la crise de D... se retrouvent dans certaines extases : la brusquerie d'apparition et les larmes, par exemple. Cette brusquerie dans l'apparition de l'extase, sainte Thérèse s'en plaint dans son autobiographie. Elle était ainsi quelquefois sidérée en public au cours de sa vie si active, de même que son coadjuteur saint Jean de la Croix. Celui-ci en était arrivé à écrire : « Je m'abstiens même quelquefois de dire la Sainte Messe, craignant qu'il ne m'arrive pendant ce temps-là quelque chose d'extraordinaire. »

C'est chez ces grands mystiques par association d'images que la crise se déclanche, et d'autant plus facilement que l'habitude en est prise. Chez D..., l'indigence de la vie intérieure nous empêche de démontrer qu'une association d'images est aussi à l'origine de chaque crise ; mais l'inertie psychique et physique qui facilite le retour de ces crises est en faveur de cette hypothèse. On sait, en effet, chez les normaux frappés récemment d'un grand deuil, combien l'inoccupation contribue à ramener la rêverie sur l'épisode douloureux qui s'empare de la conscience non polarisée. Et l'intensité de la reviviscence peut être telle qu'elle entraîne des réactions émotives, telles que paupières humides, larmes, voire même sanglots.

Les larmes, dans les crises de D..., s'expliqueraient ainsi le plus facilement.

Comme un état psychique conscient, un état psychique inconscient peut se traduire par une réaction mimique émotive.

On peut aussi rapprocher les larmes de D... de celles que répandent les mystiques dans l'oraison d'union, larmes dont la cause paraît le plus souvent inconnue du sujet, comme l'analyse merveilleusement sainte Thérèse dans son chapitre des larmes de la Sixième

(1) *Id.*, p. 114. Autobiographie.

©BIUM

demeure du château de l'âme : « ... Ayant au contraire, dit-elle d'elle-même dans un esprit d'humilité excessif, le cœur si dur que j'en souffre quelquefois de la peine. Sa dureté n'empêche pas néanmoins que lorsque Dieu l'embrase de son amour, il ne distille comme un alambic. »

Par contre, des différences existent entre l'extase mystique et celle de D... D'abord, le mystique est toujours plus ou moins rempli de son Dieu. Au contraire, D... ne paraît pas hanté par le chagrin de la mort de son frère. Il s'est fait à ce deuil, dont il parle d'une façon fort objective. Il ne paraît y penser qu'assez rarement et ses camarades, dans ses conversations, le considèrent comme d'humeur plutôt joyeuse. Mais sa débilité mentale peut très bien faire qu'il n'ait conscience que de la toute superficie de sa personnalité mise en évidence par le contact journalier de ses camarades et qu'il ignore le noyau sous-jacent de son moi où dorment ses souvenirs affectifs.

Enfin, les grands mystiques ont donné des descriptions concordantes de leurs divers degrés de ravissement, ce qui démontre qu'ils en gardent un souvenir proportionnel à leur degré de conscience. Au contraire, D..., non seulement n'a pas le moindre souvenir du contenu de ses crises, mais il ne paraît même pas avoir la notion de leur existence. Il est vrai que son absence d'esprit critique l'empêche de s'observer.

En résumé ces crises de D... doivent être envisagées comme des *transformations de la personnalité*.

Ce sont des *états seconds élémentaires*, puisque pendant leur durée il n'y a aucune ébauche d'adaptation aux circonstances environnantes et que même le sujet n'est capable d'aucune perception actuelle. Il est immobile et muet ; toutes les excitations tentées sur lui sont sans effet ; dès qu'elles l'impressionnent, il y a disparition du syndrome et retour instantané à la personnalité normale.

Le mot de *léthargie*, pris dans son sens étymologique d'activité oubliée, leur conviendrait. Mais l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, que Charcot considérait comme partie intégrante de la léthargie, fait défaut. La pression et les chocs ne provoquent aucune contracture. Quand ils sont trop forts, ils amènent le réveil.

©BIUM

La désignation la plus adéquate semble être celle de *catalepsie*. Elle correspond à la brusquerie foudroyante d'apparition et de disparition du phénomène. D'autre part, celui-ci possède les premiers caractères de la définition de Saint-Bourdin : « La catalepsie est une affection du cerveau intermittente, apyrétique, caractérisée par la suspension de l'entendement, de la sensibilité et par l'aptitude des muscles à recevoir et à garder tous les degrés de contraction qu'on leur donne. »

Cette flexibilité cireuse manque, avons-nous vu. Il se peut qu'elle ait existé autrefois, et alors notre sujet devrait être considéré comme un cataleptique en voie de guérison.

Il se pourrait encore que le défaut de constatation de la plasticité musculaire tînt à ce que nous ne l'avons pas recherchée avec assez d'opiniâtreté. Peut-être l'eussions-nous vue apparaître sous nos efforts avec toutes ses conséquences, telles que les a formulées Janet.

Mais c'est intentionnellement que nous n'avons pas insisté sur cette recherche, craignant d'introduire dans la pathogénie des troubles réalisés le facteur nouveau de la suggestion étrangère, tandis que, tel qu'il est, ce syndrome est le produit de l'émotion par l'intermédiaire de la confusion mentale.

L'expression de la mimique au moment de la crise prouve un état émotionnel. De plus, en dehors de ces paroxysmes cataleptiformes, on constate l'empreinte laissée par l'émotion sur l'organisme dans la persistance du tic du frissonnement.

Le syndrome de notre soldat est ainsi pur de tout alliage artificiel. *C'est un état second d'origine émotionnelle par reviviscence complète de la personnalité telle qu'elle était au moment du traumatisme émotionnant.* En un mot, c'est un *état second post-confusionnel par émotion-choc.*

Ce syndrome étant ainsi situé dans la classification sémiologique au chapitre des états seconds, il convient d'expliquer ses deux caractères essentiels : d'une part, l'absence de tout mouvement, de toute réaction opportune pendant les états seconds ; d'autre part, l'oubli de ces états, l'indifférence du sujet à leur égard pendant son état prime.

©BIUM

L'absence de tout mouvement et de toute réaction opportune peut s'expliquer par la reviviscence même de la personnalité, telle qu'elle était au moment du traumatisme émotionnant.

Le soldat fut frappé de stupeur, dès que son frère tomba, la tête fracassée, entre ses bras. La contemplation de ce cadavre sanglant, les larmes et les sanglots furent les seules réactions d'un organisme devenu inaccessible à toute autre excitation que celle de cette douleur.

Les états seconds, étant la reproduction de cet état de stupeur, s'accompagnent de la même impuissance à percevoir les excitations du dehors. On pourrait comprendre ainsi pourquoi notre sujet se distingue des *somnambules*, qui font preuve d'un opportunisme réel, quoique dissemblable de celui qu'ils ont, pendant l'état de veille, vis-à-vis des mêmes circonstances. Il ne parle pas, ne bouge pas, parce qu'il n'a aucune perception de ce qui l'entoure et parce que son activité psychique est figée dans la contemplation d'un spectacle navrant.

A l'appui de cette interprétation, nous ferons remarquer que les crises n'ont jamais lieu que dans des conditions de repos physique. L'inertie motrice semble amorcer la stupeur, qui s'installe en ramenant les représentations idéo-affectives qui lui donnèrent naissance la première fois.

Quant à l'oubli de ces états seconds pendant les états primes, il s'expliquerait soit par la transformation complète de la personnalité, soit par la débilité mentale du sujet.

Lorsqu'il y a transformation complète de la personnalité, aucune synthèse n'ayant été épargnée, il ne reste de l'état précédent dans l'état suivant rien qui puisse être témoin du changement opéré. C'est ce qui a lieu dans le somnambulisme. Il se peut que, chez notre individu, l'émotion, en raison de son intensité extrême, ait frappé la totalité du psychisme ; c'est ce qui expliquerait chez D... l'amnésie complète de tout ce qui se passa aussitôt après la chute du cadavre sanglant de son frère. Les états seconds, étant la reviviscence de cette personnalité intégralement émotionnée, sont donc, eux aussi, suivis d'amnésie totale.

©BIUM

Nous noterons, en effet, que les autres individus, que nous avons vus présenter des régressions transitoires de la personnalité à la suite des émotions de guerre, avaient tous conscience, sinon de l'origine de leurs troubles, du moins de l'existence de ceux-ci (1).

Les uns se sentaient contraints de marcher, de gesticuler d'une façon qu'ils sentaient anormale, et qui, en réalité, n'était que la reproduction de la locomotion et des gestes accomplis sur le champ de bataille. Les autres se sentaient obsédés par des idées qu'ils ne pouvaient chasser et qui n'étaient que la répétition des idées surgies pendant le combat. Il y avait chez les premiers régression de la motricité, chez les seconds régression de l'affectivité ; chez tous, en somme, régression incomplète de la personnalité.

C'est que, chez tous, l'émotion n'avait jamais totalement envahi le psychisme. En pleine bataille, ils avaient toujours conservé une certaine lucidité, qui se traduit par le souvenir gardé de ces émotions et des circonstances où elles eurent lieu.

De plus, les émotions de guerre, auxquelles ils avaient été soumis, n'avaient pas eu l'intensité de celle qui frappa notre sujet : le meurtre d'un frère aîné dans les bras de son cadet, dont il était le protecteur.

Si notre malade était d'un développement intellectuel normal, cette explication de l'oubli de ses crises et du caractère contradictoire entre la douleur morale qui semble les constituer et son euphorie habituelle à l'état de veille suffirait.

Mais nous avons affaire à un débile mental, incapable de la moindre analyse et qui, lorsqu'il ne travaille pas ou ne s'amuse pas, déclare ne penser à rien. Cette déclaration n'est vraisemblablement pas conforme à l'exacte vérité, car on conçoit mal un psychisme vide de toute

---

(1) Laignel-Lavastine et Courbon. Stéréotypies de la marche, de l'attitude et de la mimique, avec représentation mentale professionnelle consécutive aux émotions du champ de bataille. *Société médico-psychologique*, mai 1916. — Laignel-Lavastine et Courbon. Troubles de la marche chez les émotionnés et commotionnés de guerre. *Paris Médical*, 2 septembre 1916, p. 201. — Laignel-Lavastine et Courbon. Syndrome psychasthénique révélé par les émotions de la guerre. *Société médico-psychologique*, mars 1916.

©BIUM

représentation idéo-affective ; mais elle est sans doute pratiquement vraie en raison de la misérable activité des rêveries, dont est capable notredébile.

DISCUSSION

M. Lwoff. — Sur quels signes les présentateurs se basent-ils pour dire qu'il n'y a pas suspension psychique complète? L'état présenté par ce malade est comparable à l'absence des épileptiques.

M. Courbon. — Nous pensons qu'il y a persistance d'une certaine activité psychique en raison de la mimique, de l'expression douloureuse de la face, des larmes qui coulent, de la respiration qui s'accélère.

M. Laignel-Lavastine. — Il y a tout au moins une différence clinique avec l'absence épileptique : ce n'est jamais au cours d'une période d'activité quelconque que notre malade est pris d'une de ses absences, mais seulement lorsqu'il est inoccupé, dès que, pour un temps même très court, il n'a plus rien à faire.

M. Mignot. — Si l'on fait abstraction de la mimique, les états d'inertie présentés par ce malade ressemblent à des accès de narcolepsie qui, comme chez lui, cessent par le moyen d'une excitation quelconque.

M. Courbon. — C'est un diagnostic auquel nous avons également songé, mais ici il n'y a pas de résolution musculaire ; les absences surprennent aussi bien notre malade debout qu'assis. De plus, au réveil, le narcoleptique sait qu'il a dormi ; ce n'est pas le cas ici.

Psychogénèse d'une crise hystérique,

par MM. Laignel-Lavastine et H. M. Fay.

L'observation, que nous rapportons, est relative à un malade qui nous a été envoyé avec le diagnostic d' « hystérie convulsive ».

Cet homme a, en effet, eu des crises hystériques ; mais celles-ci se sont transformées rapidement, si bien que, pendant son séjour dans notre service, nous n'avons constaté chez lui que des phénomènes hallucinatoires,

©BIUM

qui par leurs caractères appartiennent à l'aura de la crise convulsive.

La psychogénèse des manifestations paroxystiques de ce malade est si précise qu'il nous a paru intéressant de vous l'exposer.

Charles F..., vingt-trois ans, sapeur au ^{e}... génie, a eu sa première crise en octobre 1916. Ce jour-là, sa compagnie avait beaucoup travaillé sous un violent bombardement.

Tous ses camarades étaient harassés de fatigue; Charles ajoutait à la fatigue due au surmenage physique, celle que procure le surmenage cérébral de la peur. Il a toujours été craintif. L'ordre vint à sa compagnie de se mettre à l'abri, à l'arrière; les hommes prirent alors place dans des camions. A peine le convoi était-il en route, que Charles se sentit mal à l'aise, avec sensation de constriction épigastrique; il avait « le sang à la tête »; puis tout à coup il perdit connaissance et eut une crise convulsive.

Voilà, conditionnée par la fatigue et la préoccupation, une première crise convulsive *émotive*, à caractère de peur légitime, et qui aurait parfaitement pu demeurer phénomène isolé, si la constitution psychique de Charles avait été différente de ce qu'elle est.

Cet épisode pathologique n'avait pas été sans l'impressionner. Lorsque quinze jours plus tard, pendant qu'il travaillait aux tranchées, il éprouva une sensation de malaise vague avec gêne épigastrique, « aussitôt, dit-il, j'ai pensé à ma première crise et à mes copains blessés », et sur ce, il tomba. La chute fut suivie de convulsions surtout cloniques, pendant environ un quart d'heure. Charles se serait légèrement mordu la langue dans cette crise.

Dans ce second épisode, le malaise général et la gêne épigastrique ont fait nettement renaître le souvenir de la première crise; et ce souvenir déclancha la seconde crise convulsive.

Il s'agit donc d'un phénomène d'*auto-suggestion*, et par conséquent d'une crise *pithiatique*.

A quelque temps de là, par une journée ensoleillée, dans la tranchée où il travaillait, Charles s'étant retourné vers un camarade, le regarda, et vit une grosse tache noire sur toute sa figure. Il s'étonna et dit : « Bien! mon vieux, tu es tout noir. » Ayant tourné ses regards vers un autre, il vit qu'il avait aussi un grand rond noir sur la figure. Il fut alors effrayé, éprouva une angoisse, sentit qu'il allait se trouver mal, tomba, et eut sa troisième crise convulsive.

Cette tache noire, située au milieu du champ visuel, n'était, à notre avis, que la manifestation d'un phénomène rétinien

©BIUM

normal, et aucunement d'une aura visuelle. Il s'agissait d'un *scotome*, dû à la fixation momentanée du soleil. Outre les présomptions et en particulier ce fait que Charles *se souvient qu'il y avait du soleil*, nous en avons une preuve indirecte dans les manifestations, dont la description va suivre.

Depuis la scène du scotome, les crises de Charles se modifièrent profondément : elles se réduisirent à une aura visuelle.

Voici une de ces crises telle que nous l'avons vue.

Le 23 février 1917, Charles se sentait mal à l'aise, le soir. Il se mit à table pourtant, mangea la soupe, mais aussitôt quitta la table. Il éprouvait une gêne gastrique, une vive chaleur à la face, craignait de se trouver mal, et était un peu oppressé. Il sortit dans la cour pour prendre l'air, et évita ses camarades. Son regard semblait chercher quelque chose, puis il parut effrayé, fixa un point, et cessa de répondre à qui lui parlait. A plusieurs reprises, Charles recula brusquement la tête et poussa des cris étouffés de peur. Tout dans son attitude exprimait la frayeur. Il paraissait être en proie à une hallucination terrifiante. Au bout d'une dizaine de minutes, tout rentra dans l'ordre, le malade étant encore tremblant d'émotion.

Il nous raconta qu'il avait éprouvé, après la série de sensations pénibles qui précédèrent sa sortie du réfectoire, une sensation d'émotion et un peu comme une peur. La gêne épigastrique s'accentua, et *il chercha à voir* s'il ne distinguait rien d'anormal. Alors, apparut une petite roue couleur de feu, qu'il avait vue dans les crises qui suivirent celle que nous avons précédemment décrite. Cette roue, toute petite, paraissait être à 2 mètres, près du mur et brusquement se rapprochait de sa figure jusqu'à toucher ses paupières ; c'est alors qu'il reculait épouvanté. Cette roue, effrayante, a quelques centimètres à peine de diamètre et ne l'empêche pas plus de voir à droite et à gauche ses camarades, que de nous entendre ; mais elle l'absorbe trop pour qu'il puisse répondre à nos questions.

Peu lumineuse lors des premières crises de cette sorte, la roue est maintenant étincelante et s'est ornée de dents depuis le jour où nous avons posé à Charles une question trop précise pour savoir si elle présentait quelque analogie avec le scotome scintillant. A la suite d'une question de l'un de nous, il remarqua qu'elle était visible même quand il fermait les yeux, qu'il y avait deux taches lumineuses, une pour chaque œil et qu'elles se rapetissaient en se rapprochant de lui.

Les caractères, que Charles attribue aux roues lumineuses qu'il aperçoit, sont ceux des scotomes produits par la fixation passagère du soleil. Ceux-ci sont, en effet, noirâtres au début et paraissent d'autant plus petits que l'œil s'accommode en vue d'une perception plus proche. A l'état normal, en même

©BIUM

temps que les scotomes s'atténuent, ils évoluent au point de vue de la couleur. Après fixation du soleil, ils sont noirs, puis d'un bleu verdâtre, puis émeraude et finissent par un ton rouge orangé. Nous pensons que cette ultime perception, éprouvée au cours même de la crise convulsive, a été enregistrée par la mémoire et est aujourd'hui restituée comme par rappel d'images dès que la gêne épigastrique remémore à Charles ses crises convulsives.

Ainsi, dans cette observation, on peut distinguer des étapes successives de transformation d'une crise hystérique et en saisir le mécanisme psychologique. Lors de sa manifestation première, ce fut une réaction de défense *émotive*, exagérée et échappant au contrôle de la volonté ; ce fut ensuite une manifestation *auto-suggestionnée* par rappel du souvenir de la première crise, rappel dû lui-même à une sensation émotive organique pure.

Plus tard, les phénomènes émotifs, précurseurs de la crise, furent éveillés par la constatation inattendue d'un phénomène rétinien normal qui devait prendre la première place dans les préoccupations du malade au point de résumer toute la crise, après avoir subi par suggestion des transformations légères.

Par ses caractères et la place qu'il occupa dans une des crises, le trouble actuel s'apparente à l'*aura hysterica* de la grande hystérie de Charcot et constitue maintenant à lui seul toute la crise.

DISCUSSION

M. TRUELLE. — Il est particulièrement intéressant de voir, chez ce malade, apparaître successivement en tant que cause déterminante des accidents hystériques d'abord une émotion-choc très pénible, puis l'auto-suggestion. C'est là réunis, deux des trois facteurs pathogéniques assignés aux crises hystériques.

La prochaine séance est fixée au 21 mai.

Les Secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et TRUELLE.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Archivio di antropologia criminale psichiatria e medicina legale.

Année 1913.

I. — *L'accusé et le nouveau projet de procédure pénale*; par le Dr Randal (numéro de janvier). — Le délit n'est jamais le fait d'un esprit sain et raisonnable, on ne le rencontre que chez ceux qui descendent l'échelle sociale, chez ceux qui sont inhabiles dans leur profession, jamais chez ceux qui la gravissent. Les principes moraux ne sont pas beaucoup renforcés par une bonne éducation, l'influence religieuse est généralement superficielle ou inexistante. Les délinquants négligent souvent leur toilette, ils sont imprévoyants, indisciplinés, superficiels, ingrats, égoïstes, lâches; ils ont généralement le désir de s'amender, mais ils ne peuvent persévérer dans leurs bonnes intentions et lutter efficacement contre leurs vices. Le juge paraît se préoccuper davantage d'améliorer l'homme qui a failli que de défendre la société, souvent aussi le code actuel est appliqué mécaniquement. C'est pourquoi on a préconisé un système nouveau. Les juges et les avocats décident si le fait incriminé est une violation de la loi; la cour décide s'il y a crime ou non. Alors le coupable est soumis à une Commission qui applique le « probation system ». Comme cela, le juge n'a plus à examiner la question de responsabilité. Cette Commission examine si l'inculpé doit être confié à une prison, à un reformatorium, à une école pour déficients, une école industrielle, une colonie d'épileptiques, un asile d'aliénés criminels. Les récidivistes incorrigibles doivent être protégés contre les conséquences de leur faiblesse. Les individus ainsi placés sont sous la surveillance des directeurs, des médecins et des chapelains des prisons, mais le directeur seul peut punir.

II. — *Le suicide des enfants en Italie*; par le Dr A. Sacerdote (numéros de janvier et mars). — L'augmentation du nombre des suicides d'enfants paraît tenir en Italie à une

©BIUM

augmentation de la natalité, contrairement à ce qui se passe en France. Sur 100 suicides d'enfants, les garçons figurent pour 67,5 et les filles, pour 32,5. De 1883 à 1909, il y a eu en Italie 248 suicides d'enfants au-dessous de quinze ans ; les moyens les plus employés sont la submersion, la pendaison, les armes à feu, l'empoisonnement, l'asphyxie, la précipitation, les armes blanches. Les enfants emploient les mêmes moyens que les adultes du même sexe, les enfants suicides sont plutôt des enfants précoces. Parmi les causes, on rencontre l'hérédité similaire (Durkheim, Dejerine, Viallon, Cazauvieilh, Ritti, Brierre de Boismont, Morel, Maudsley, Soury, Schüle); mais ne s'agit-il pas souvent, comme dans deux cas de l'auteur, de contagion mentale et non d'hérédité similaire — l'hérédité névropathique en général — les maladies mentales avec hallucinations acoustiques ou visuelles, en particulier la mysticité religieuse (cas n° 29 de l'auteur) et la terreur nocturne. Le suicide par amour, surtout en ville et après la puberté — l'onanisme (crainte de ne pouvoir se débarrasser de cette mauvaise habitude) — aussi le suicide par sottise pour voir comment on doit s'y prendre ou par imprudence (suicide involontaire qui parfois peut paraître volontaire), le suicide épidémique fréquent surtout en Allemagne. D'autres fois la cause est inconnue — les facteurs sociaux jouent rarement un rôle dans les suicides d'enfant. C'est dans le suicide par intoxication que les guérisons sont les plus communes.

III. — *Contribution à la connaissance des hommes caudés* ; par le Dr Schwarz (numéro de janvier). — On n'a jamais vu, bien qu'on les ait souvent décrites, des races d'hommes à queue : il ne faut pas non plus confondre avec les queues véritables, les formations qui ne continuent pas la direction du rachis : tumeurs sacrées ou spina bifida. La queue véritable existe dès la naissance, prolonge la colonne vertébrale suivant son axe entre les deux fesses et contient des vertèbres différenciées en surnombre. Il existe des cas où il y a simplement persistance du type embryonnaire humain avec queue courte et conique, sans os différenciés, telle qu'on la voit normalement chez les embryons de trois semaines à quatre mois. Un autre type est celui des queues concrescentes de forme triangulaire à pointe dirigée vers le bas et qui ont quelques mouvements d'élévation et d'abaissement. Un troisième type est celui d'une queue relativement longue, souvent contournée à la pointe sans vertèbres différenciées et ossifiées. C'est encore là une per-

©BIUM

sistance de l'état embryonnaire. En tout, l'auteur connaît 116 cas dont 48, où le sexe n'est pas indiqué, 52 hommes et 16 femmes. Enfin, Schwarz rappelle les cas récemment observée; le type le plus fréquent est celui de la queue de cochon dans laquelle le tissu n'est point différencié.

IV. — *Sur le fonctionnement des ancien et nouveau systèmes pénaux aux Etats-Unis d'Amérique. Sentences indéterminées et condamnations conditionnelles*; par le Dr G. Lombroso (numéro de mars). — Cet article est inspiré par la communication faite au nom de l'Institut « Of criminal Law and criminology » au Congrès de Cologne, par Edwin et Abbot. A quels délinquants peut-on appliquer la sentence indéterminée et la libération conditionnelle, pour les uns, après un minimum de peine, pour les autres, après un délai non spécifié et une décision du Comité? En tout cas, tout le monde réclame l'intervention d'un Comité, formé d'un directeur, du médecin et du chapelain de la prison sur lequel le juge ou le gouverneur local donnent leur avis quelquefois après versement d'une caution élevée, 25 à 30 livres sterling. La conduite du sujet ainsi gracié doit être irréprochable, il doit se présenter à une surveillance trois ou quatre fois par an. Quelques Etats l'obligent à fréquenter l'église; il ne peut se marier sans le consentement du Comité. Il doit, à New-York, indemniser sa victime, ailleurs sa propre famille. Beaucoup, évidemment, sont réintégrés en prison, les uns, à la suite d'un nouveau délit, les autres, à cause de leur mauvaise conduite; la tutelle se poursuit parfois jusqu'au maximum de la peine encourue, plus souvent pendant un an et même seulement six mois. On admet 85 à 90 p. 100 de résultats heureux chez les condamnés primaires, ce qui est fort beau.

V. — *Sur l'état mental de Vicenzo Poterno, assassin de la comtesse G. Trigona de Sant'Elia*; par le Dr Saporito (numéros de mars, mai et juillet). — Drame mondain : l'inculpé était un lieutenant de cavalerie, la victime appartenait à la haute société romaine. Le mobile est pourtant une assez vilaine question d'argent. Le lieutenant V. Paterno était un détraqué brutal et viveur, aimant la vie à grandes guides et réduit aux expédients : libertin, hautain, joueur, il était atteint de syphilis et avait eu un parent mort dans un asile de paralysie générale, ce qui l'engagea à simuler très grossièrement d'ailleurs cette maladie : il ne fut pas très difficile de dévoiler sa supercherie; la comtesse, femme fragile, devint sa maîtresse; pour

©BIUM

lui extorquer de l'argent il la menaça de mort, elle lui paya 15.000 francs de dettes. Il chercha à faire séparer la comtesse de son mari, et elle paraissait disposée à le faire, mais elle se ravisa. C'est alors que Paterno la tua d'un coup de couteau de chasse dans la région carotidienne, et se blessa ensuite d'un coup de revolver qui guérit assez facilement. Inutile de dire que Poterno présente de nombreux stigmates de dégénérescence : il ne peut être considéré comme un irresponsable, mais seulement comme un taré.

VI. — *L'anthropologie criminelle et ses détracteurs, sa valeur et son importance historique*; par le Dr F. de Luca (numéro de mars). — Il y a quarante ans que Lombroso a créé l'anthropologie criminelle somatique, déjà entrevue par les anciens. Ferri a montré que le criminel a des mœurs spéciales et même un habitus particulier, on peut donc retourner le syllogisme et dire que tout homme qui a l'habitus et les particularités anatomiques du criminel est un criminel; sans doute des circonstances spéciales peuvent empêcher cette potentialité de se réaliser. D'ailleurs, combien de criminels échappent au châtiment, soit qu'ils marchent sur les plates-bandes du Code, soit qu'ayant commis un méfait, ils n'en soient point puni. Le but de l'anthropologie criminelle est de faire reconnaître les sujets les plus dangereux, leurs actes, leurs particularités. C'est une science auxiliaire du droit et de la procédure pénale. Garofalo et Ferri ont créé la théorie positiviste du droit pénal. Dans l'Amérique du Nord, où les traditions ne sont pas comme en Europe un obstacle aux nouveautés, on a conformé la pratique judiciaire aux nouvelles théories. Pour compléter les mesures prises, il faut créer des laboratoires criminels, une école de pratique judiciaire avec visites obligatoires dans les pénitenciers et les asiles d'aliénés criminels.

VII. — *Contribution à la connaissance des accidents par courants électriques à basse tension*; par les Drs Cappello et Pelligrini (numéro de mars). — Dans quelques cas de mort par l'action de l'électricité à basse tension, il arrive que le diagnostic reste douteux par suite de l'absence de certains phénomènes. D'ailleurs, pour qu'une terminaison fatale se produise, il faut des causes adjuvantes variées qui sont toutes suffisantes et dont aucune n'est nécessaire. Les plus importantes sont les lésions graves de l'organisme, telles que les intoxications par le plomb, l'alcool (qui quelquefois augmente la résistance électrique), les maladies cardio-rénales, les débilités constitution-

©BIUM

nelles (par exemple les cas de Hoche, Kitten, Tovo Gellenick, etc.). Pellegrini a l'intention d'étudier sur les animaux les altérations organiques, particulièrement celles du rein, qui favorisent la mort par action des courants électriques à basse tension.

VIII. — *Un cas d'impuissance psychique de nature hystérique*; par le Dr Fornaseri (numéro de mars). — Un diagnostic précis peut seul amener un traitement rationnel de ces états et par conséquent leur guérison. Un jeune étudiant de vingt-trois ans, un peu strabique, très nerveux, sujet dans son enfance à des terreurs nocturnes, au somnambulisme, à l'incontinence nocturne des urines, à l'érythrophobie, eut une érection normale à l'âge de vingt-trois ans à son premier coït, mais sans éjaculation. Cela se renouvela à chaque tentative à moins d'une masturbation prolongée. Il présentait du dermographisme, de l'exagération des réflexes tendineux, une exagération de l'action de certains muscles inhibitoires. C'est un hystérique, car il a de l'inversion de la formule des phosphates. C'est donc une cure psychique seule, par suggestion à l'état de veille, et un travail absorbant qui peuvent amener une guérison.

IX. — *Le jeu en prison*; par le Dr Bertrand (numéro de mars). — Bertrand, directeur de la prison de Forest, à Genève, a introduit dans cet établissement, comme récréation, la méthode de Frœbel, comprenant : jeux de patience, travaux en perles, pavages divers, jeux de tissage en fils de différentes couleurs, architectures en bois, en carton, jeux d'adresse et prestidigitation de chambre. De plus, il s'est procuré des collections d'images et de vues, des tableaux muraux aujourd'hui en usage dans les écoles primaires, des boîtes de compas et de couleurs ; il fait colorier à ses détenus des images d'Epinal. Les résultats de cette méthode sont d'occuper les heures de loisir des détenus, de les habituer à s'intéresser à autre chose que la boisson et le tabac : c'est donc, au premier chef, une méthode moralisatrice.

X. — *Sunday prison*; par le Dr Caurara (numéro de mars). — En Amérique, on est allé plus loin, on a créé, dans certains États, les derniers samedi et dimanche d'octobre, une « fête des prisons ». C'est vraiment un peu trop ; qu'on cherche à réhabiliter les pauvres diables que la misère ou la maladie poussent au crime, c'est bien ; mais créer en leur faveur une sorte d'œuvre apologétique, c'est excessif. Nous n'avons, en France, que trop versé naguère dans ce travers, j'espère que certains criminels récents nous en ont corrigé.

©BIUM

XI. — *Accusations anciennes et nouvelles contre l'anthropologie criminelle*; par le Dr G. Lombroso (numéro de mai). — « En France, on considère l'anthropologie criminelle comme morte avec son fondateur », dit l'auteur de cet article. Je ne crois point que cette affirmation soit exacte, car, si je ne m'abuse, ni Lacassagne, ni Vallon, ni Maxwell, ni Vigouroux, ni Garçon, ni Cruppi, ni Bertillon, ni bien d'autres, dont je m'honore de faire partie, n'ont laissé dépérir l'œuvre de Morel, de Magnan, de Paul Garnier, de Dubuisson, de Tarde. Mais tous, en France, faisons les objections que Manouvrier présenta au Congrès de Cologne. Le type criminel de Lombroso n'existe pas; les théories des réformes pénitentiaires et pénales qu'il préconise ne sont peut-être pas les meilleures pour lutter contre le crime; le criminel est un dégénéré mais non un aliéné ou un épileptique; il n'existe point de signe anatomique, pas plus la fossette vermienne de l'occipital qu'aucune autre qui soit caractéristique. Mais il n'en reste pas moins exact de répéter ce que Gunkler disait au Congrès d'Amsterdam : « Nous savons, depuis Geoffroy Saint-Hilaire, qu'un anormal est anormal partout. » Que nous n'adoptions pas toutes les vues de l'homme éminent qu'a été Lombroso, c'est certain : nous avons notre école en face de la sienne; il y a, lui aussi, en son temps, emprunté beaucoup; mais nous nous en voudrions de méconnaître la valeur des découvertes qu'il a accomplies, de la méthode qu'il a créée. Quel est celui de nous qui adopte encore sans changement aucun les théories de ceux qui furent nos maîtres à tous : Morel ou Charcot?

XII. — *La fiche individuelle et l'introduction des données biologiques dans la statistique de l'enseignement secondaire en Italie*; par le Dr Niceforo (numéro de mai). — On a déjà introduit en Italie la fiche individuelle pour les élèves de l'enseignement supérieur. En 1913, on vient d'étendre cette mesure aux collégiens. Cette fiche est destinée à l'Office national de la statistique et contient les particularités les plus intéressantes de la vie biologique et intellectuelle des élèves. Elle s'étend à 1.141 établissements divers, publics et privés; indique les résultats des examens, l'organisation de l'enseignement, la moyenne des points obtenus par les élèves dans les différents enseignements, le nombre des absences, les résultats de l'année scolaire et des examens de passage, les principales punitions, les coordonnées anthropométriques et biologiques, la force de pression au dynamomètre. Quelque intéressant que soit ce travail, j'estime qu'il ne donnera des résultats réellement importants que

©BIUM

lorsqu'on aura pu comparer les fiches des jeunes « bourgeois » de l'enseignement secondaire avec celles des ouvriers et des paysans des mêmes milieux.

XIII. — *L'élément pathologique chez le poète Otto Ludwig*; par le Dr Jentsch (numéro de mai). — Je serai très bref : Otto Ludwig est peu connu chez nous; c'était un réaliste réputé, surtout comme fragmentiste, c'était aussi un excellent musicien, élève de Mendelssohn; il présentait de nombreux stigmates physiques de dégénérescence, avait sans cesse des troubles névropathiques, et surtout une chorée électrique vraisemblablement hystérique, des tics convulsifs spastiques de la face. Psychiquement, c'était un lypémaniaque et un scrupuleux. Il eut même de véritables accès de folie. Il n'a jamais pu vivre à la ville et s'isola très jeune à la campagne.

XIV. — *Sur l'hérédité des caractères acquis* ; par le Dr Ferrero (numéro de juillet). — Un chien de Saint-Bernard de pure race, qui n'avait jamais vécu qu'à Turin et n'avait jamais connu la méthode de sauvetage de ses congénères, vit, à l'âge de dix-huit mois, une épileptique dans le coma qui suit la crise : il lui lécha la figure, approcha sa tête du visage de la malade comme le font les célèbres chiens de l'hospice alpin.

XV. — *Le concept du danger social des délinquants à la dernière réunion de l'Union du droit pénal. Séance du* 22 *avril* 1912 (numéro de mai). — C'est la sécurité sociale que doit assurer la loi; par conséquent, les criminels les plus dangereux sont les récidivistes, les déficients de tous ordres, inférieurs psychiques, mendiants et vagabonds professionnels de la paresse. Jaspar (de Bruxelles) demande une définition précise des insuffisants mentaux. C'est là qu'est la difficulté qu'examinent tour à tour Van Hamel et Garçon. Pour venir en aide à cette catégorie d'insuffisants, il faut prendre des mesures d'assistance, des mesures coercitives, intimidantes, et assurer un traitement médical approprié. Parmi les savants russes, les uns rejettent ce critère du danger social comme contraire à la liberté; d'autres l'admettent, mais demandent que le législateur introduise une garantie spéciale de la liberté individuelle. Ils demandent surtout une détermination très exacte des cas dits dangereux, dans lesquels on pourrait ordonner la séquestration à vie et la création de maisons pour criminels aliénés, psychiques dangereux, alcooliques délinquants.

L. Wahl.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Stati ansiosi nelle malattie mentali (États anxieux dans les maladies mentales) ; par le Dr G. Bergonzoli. 1 vol. in-4°, Voghera off. d'arti graf., 1915.

Ce travail est divisé en deux parties : dans la première, on trouvera les connaissances actuelles relatives aux états anxieux tant dans les conditions normales que dans les états pathologiques, lors même que les manifestations de ces syndromes apparaissent dans diverses maladies. En effet, l'auteur expose tout d'abord les formes morbides dans le tableau nosographique desquelles l'angoisse joue le principal rôle. C'est ce qui caractérise les formes anxieuses ; puis ensuite, il passe aux autres formes dans lesquelles l'angoisse n'apparaît que comme un symptôme important sans doute, mais qui ne modifie pas trop la physionomie des psychoses ; il rapporte les observations qu'il a recueillies et publie celles qui sont dignes de l'être.

Analysons chacune de ces parties. Dans le résumé historique, nous rendrons grâce à l'auteur de sa concision qui lui permet d'arriver à une notion claire de l'importance attribuée de tout temps à l'étude de ce syndrome morbide. Cette discussion est bien exposée et conduit à une énonciation claire et à une description complète, à une définition des symptômes des phénomènes organiques qui accompagnent l'anxiété, ainsi que ceux des maladies somatiques ou des psycho-névroses dans lesquelles on peut la rencontrer.

Puis nous voici au nœud de la question. L'auteur résume les conceptions fondamentales et caractéristiques qui constituent tout particulièrement les phénomènes anxieux dans les psychoses, c'est-à-dire qu'il considère et individualise spécialement une psychose anxieuse (Wernicke, Freud). Il rapporte aussi la critique et la défense de cette entité morbide. Puis il décrit les psychoses dans lesquelles ce syndrome est fréquent et d'une importance toute particulière, c'est-à-dire les états dépressifs (mélancolie anxieuse, mélancolie simple) et obsessifs. L'auteur continue par les autres psychoses dans lesquelles il peut y avoir

©BIUM

incidemment des épisodes anxieux (manie, formes confusionnelles ou amentia primitive, paranoïa, démence précoce, psychoses toxiques ou toxiniques, pellagre, maladie de Flajani, paralysie générale, etc.).

La casuistique est formée par neuf observations très intéressantes, puis l'auteur traite de l'étiologie, de la pathogénèse, du diagnostic, du pronostic, du traitement et de la médecine légale de cette affection. Il conclut que l'état anxieux est simplement un symptôme, mais non une entité morbide. C'est un phénomène à la fois mental et somatique et qui ne représente, en somme, que l'exagération de l'émotivité anxieuse normale inhérente à un état constitutionnel et spécial, héréditaire et dégénératif, celui des émotifs que l'on peut rencontrer à un degré variable comme intensité et durée dans les maladies organiques, etc., mais qui est surtout fréquent dans les névroses et les psychoses.

L'auteur considère comme non justifiée la création, comme forme autonome, de névroses et de psychoses d'angoisse. La pathogénie de ces syndromes est trop multiple pour qu'on puisse conserver, malgré la variété des symptômes, l'unité clinique des formes, soit organiques soit intellectuelles. De plus, le traitement est toujours en relation avec la psychose fondamentale de chaque sujet. L'appréciation médico-légale des états anxieux est très délicate, mais dans les cas bien établis de raptus, la liberté et la conscience des actes sont abolis.

Cette excellente monographie expose, en l'épuisant, la question de l'anxiété; on peut donc en conseiller la lecture et y renvoyer non seulement ceux qui s'occupent de ce sujet *ex professo*, mais aussi ceux qu'intéressent ces questions et celles qui s'y rapportent.

LUCANGELI.

Preventable forms of mental disease and how to prevent them (Formes de troubles mentaux que l'on peut prévenir; comment on peut les prévenir); par le Dr E. Stanley Abbot, Massachusetts Society for mental hygiene. Broch. in-8°. Extrait du *Boston med. and surg. Journal*, avril 1916.

Au dernier recensement des États-Unis, en 1910, il y avait plus d'aliénés dans les asiles que d'étudiants dans les collèges ou universités. On peut évaluer à 163 millions de

©BIUM

dollars la perte annuelle directe ou indirecte due à cette foule d'aliénés. Dans le Massachusetts, au 1er octobre 1914, il y avait plus de 15.000 aliénés dans les asiles et probablement 3 à 4.000 de cas moins graves soignés à domicile. Cette année 1914, l'État du Massachusetts a dépensé environ 4 millions 1/2 de dollars pour le traitement des aliénés; c'est le septième du budget total de l'État. Mais en dehors de ces chiffres, il faut compter les faibles d'esprit, environ 14.000 dans l'État, plus les épileptiques et les ivrognes. Voilà évidemment des chiffres énormes, même si l'auteur ne nous donne pas le nombre des habitants du Massachusetts. Cela montre bien tout l'intérêt qu'il y aurait à diminuer, par la prévention, l'éclosion de l'aliénation. Alcoolisme, syphilis, surmenage et autres intoxications sont, comme nous le savons, les causes de beaucoup de formes qui pourraient et devraient être évitées. Mais la « démence précoce » n'est pas encore bien connue. L'auteur attribue à la mauvaise éducation un certain pourcentage des cas. Pour les « folies maniaques dépressives » (on voit que les idées de Kraepelin ont fait des ravages jusqu'en Amérique), l'auteur incrimine souvent la fatigue. Ces deux étiologies me paraissent fort douteuses. Quoi qu'il en soit, avec de la volonté, on pourrait, d'après le Dr Abbot, supprimer un tiers des cas d'aliénation et peut-être trois quarts des cas de faiblesse d'esprit. Les mêmes problèmes se posent partout, mais nulle part avec plus d'acuité qu'en France où l'alcoolisme est si répandu, où la syphilis s'étend avec la guerre et où la grave question de la dépopulation devient une question de vie ou de mort pour nous. Voudra-t-on faire quelque chose pour empêcher au moins les Français de devenir malades? Il suffit de vouloir. Il paraît que c'est difficile. Mais ce serait plus difficile encore de faire faire des enfants à qui ne veut pas en faire.

PH. CHASLIN.

The biological point of view in Psychology and Psychiatry (Le point de vue biologique en psychologie et en psychiatrie); par le Dr E. Stanley Abbot. Broch. in-8°. Tirage à part de *The Psychological Review*, numéro de mars, 1916.

C'est un exposé rapide de ce que nous connaissons sous le nom de psychologie du « comportement » (behavior). C'est la dernière mode en psychologie, si j'osais m'exprimer ainsi. Les

©BIUM

aliénistes en font un fréquent usage quand ils examinent comment le malade réagit à son entourage, mais ils ne dédaignent pas les autres sources d'information psychologique. Quoi qu'il en soit, M. Abbot préconise avant tout l'étude de ce comportement qu'il définit une réaction sur l'entourage. Voici, au surplus, ses conclusions :

« Ainsi, on peut dire que du point de vue biologique, l'homme est une unité biologique réagissant sur son milieu; ses réactions sont en partie psychiques, en partie physiques ou physiologiques; chaque phénomène psychique est une réaction; l'ensemble organisé des réactions psychiques ou la capacité de réagir d'une façon psychologique ou le contenu des réactions psychiques constitue l'esprit qui a, avec le corps, la même relation que la fonction ou l'activité avec la structure (d'un organe). Pour comprendre complètement les réactions psychiques, il est désirable, et dans quelques circonstances, nécessaire, de connaître la structure qui conditionne la fonction, les modifications de cette structure et les causes qui la modifient (et par suite la fonction). Il est nécessaire aussi de connaître la nature des différents facteurs du milieu et leur groupement constituant une certaine situation, lorsqu'on considère la psychologie du comportement de chaque individu ou réaction à la situation donnée. En psychiatrie, nous devons chercher à connaître la réaction totale du patient à la totalité du milieu. »

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Protestant hospital for the insane Verdun, Montreal, Que. Annual report for the year 1915. 55 pages in-8° avec planches. Montréal, C. R. Corneil, 1916.

DUBUISSON. Rapport médical et administratif pour l'exercice 1914, de l'asile d'aliénés de Saint-Alban (Lozère). 51 pages in-8°. Mende, 1915.

ALBERT SALMON. D'un intéressant phénomène d'automatisme qu'on remarque après les efforts musculaires chez les sujets sains. 8 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, janvier 1916.

Proceedings of the American medico-psychological Association at the seventy-first annual meeting held at Old. Point

©BIUM

Comfort, Va., May 11-14, 1915. 1 vol. in-8° de 388 pages, cartonné à l'anglaise, Baltimore, 1915.

The Society of the New-York hospital. Annual report for the year 1915. 123 pages in-8°, avec planches, s. l. n. d.

Renato Rebizzi. Pseudo-tumora cerebrale. 1 vol. in-8° de 312 pages avec figures. Tipographie G. Bignotti e figli, Castiglione della Stiviere. Mantoua, 1916.

A. Guépin. Dix cas de chirurgie cérébrale. *Le Caducée*, n° du lundi 15 mai 1916.

Sixty-second annual report of the trustees for the Taunton State hospital for the year ending november 30, 1915. 65 pages in-8°. Boston, 1916.

L. Vernon Briggs. How the state provides for its mentally Ill. 17 pages in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 18 mai 1916.

P.-L. Ladame. Prophylaxie des maladies nerveuses et mentales dans l'armée. 23 pages in-8°. Extrait de la *Revue militaire suisse*, juin 1916.

Léon-Paul Pruvost. Les débiles mentaux à la guerre, leur utilisation. 77 pages in-8°. Paris. Jouve et C^ie^, 1915.

Jean Lautier. Contribution à l'étude des maladies mentales dans l'armée. Peut-on utiliser les imbéciles? 61 pages in-8°. Paris. imprimerie Téqui et Guillonneau, 1916.

The Dixmont hospital for insane. Annual report of the Managers for 1915. 63 pages in-8° avec planches. S. l. n. d.

Xaxier Abély. Les Stéréotypies, 171 pages in-8°. Toulouse, Ch. Dirion, 1916.

August Wimmer. Saint-Hans hospital. 1816-1916. Jubilœumsskrift udgivet paa Kobenhaans magistrats foranstaltning. 1 vol in-folio de 278 pages avec planches. Copenhague, G. E. C. Gads Forley, 1916.

C. Rougé, F. Rougé et J. Lévêque. Rapport médical sur l'asile d'aliénés de Limoux (Aude) pour l'année 1915. 28 pages in-8°. Limoux. Imprimerie J.-M. Talamas, 1916.

E. Stanley Abbot. The causal relations between structure and function in Biology. 6 pages in-8°. Extrait de l'*American Journal of Psychology*, avril 1916.

Edith Kathleen Jones. The importance of organized libraries in institutions. 10 pages in-8°. Extrait de *The Southern hospital Record. Atlanta*, juin 1916.

Charles H. North. Dannemora state hospital. Sixteenth annual Report of the medical superintendent, 1915. 25 pages in-8°. New-York, 1916.

©BIUM

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Légion d'honneur. — M. le Dr S. Cossa, médecin en chef de l'asile de Saint-Pons, à Nice, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur, à titre militaire, pour les motifs suivants : « Bien que dégagé par son âge de toutes obligations militaires, et de plus indisponible au titre de médecin en chef d'un asile d'aliénés, est parti à la mobilisation générale, a fait campagne au Maroc, où il a été l'objet d'une proposition au choix, pour le zèle, le dévouement et la compétence dont il a fait preuve, sans préparation antérieure, dans les fonctions de médecin en chef des postes et hôpitaux de campagne de Taourirt et de Guercif. Rappelé en mai 1915, à la direction médicale de son asile, a demandé à continuer ses services à l'arrière. »

Promotion. — M. le Dr Arsimoles, médecin-adjoint des asiles d'aliénés, médecin aide-major de 2e classe dans un régiment d'artillerie, vient d'être promu médecin aide-major de 1re classe.

Médecins retenus prisonniers en Allemagne. — Contrairement à toutes les conventions signées par eux, les Allemands s'obstinent à ne pas vouloir rapatrier les médecins qu'ils ont faits prisonniers. Il en est de nos confrères qui attendent leur rapatriement depuis plusieurs mois, même depuis deux ans.

Notre distingué collègue, M. le Dr Pâris, médecin en chef de l'asile de Maréville, nous envoie, à ce sujet, les extraits suivants d'une lettre d'un confrère de ses amis, mobilisé et interné en Allemagne depuis une dizaine de mois :

« J'ai quitté le camp de..., en vue d'un rapatriement prochain qui devait avoir lieu, m'a-t-on dit, dans un délai de deux à quinze jours; quatre mois sont passés et j'attends toujours... Nous sommes ici, une vingtaine de médecins dont la captivité dure depuis huit jusqu'à trente mois. La vie de prisonnier est d'un monotone rare : lever à huit heures, deux appels dans la journée, coucher à onze heures. Je passe mon temps à faire de l'allemand, à lire et à exécuter de petits travaux en bois découpé... La grosse cause de soucis, ici, est l'alimentation; l'ordinaire est, de beaucoup, inférieur à celui de... (ici l'indication

©BIUM

d'un mauvais ordinaire d'un pauvre service hospitalier). Heureusement, le ravitaillement est largement assuré par les colis. »

M. Pâris ajoute avec raison : « Voilà qui traduit assez bien les sentiments humanitaires développés sous l'influence de la kolossale kulture : tentatives de démoralisation par annonces ou promesses mensongères à des officiers non combattants, — mépris affecté des conventions internationales, — régime de misère, — etc..., et tout cela pratiqué avec approbation des paons à lunettes d'or de Berlin et autres lieux boches. »

NÉCROLOGIE

Dr Lucien Picqué. — Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre distingué collègue, le Dr Lucien Picqué, décédé à Rouen à l'âge de soixante-cinq ans.

Le Dr Picqué avait débuté, dans la carrière, dans la médecine militaire. Docteur en médecine en 1876, puis stagiaire au Val-de-Grâce, il était aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, quand il donna sa démission en 1880. Il se livra alors à un travail considérable, qui porta ses fruits. Dès 1884, il fut nommé chef de clinique chirurgicale; puis, en 1886, chirurgien-adjoint des asiles de la Seine, et en 1887, chirurgien des hôpitaux. Peu de temps après, il fut appelé à être le chirurgien en chef des asiles de la Seine.

C'est dans ces dernières fonctions, qu'il développa une activité, à tous égards, digne d'éloges. Il sut persuader le Conseil général de la Seine, de la nécessité de construire un pavillon de chirurgie à l'asile Sainte-Anne, et le pavillon fut établi dans les conditions les meilleures, conformes aux nécessités des progrès scientifiques.

Les services rendus par le Dr Picqué dans la chirurgie des aliénés sont considérables; on peut s'en rendre compte en parcourant les nombreux volumes qu'il a publiés sous ce titre : *Chirurgie des aliénés. Recueil de faits.* Cette série de publications est une véritable mine d'observations des plus intéressantes, aux différents points de vue clinique, médico-légal et administratif; on ne la consultera pas sans fruit.

Picqué fut nommé membre titulaire de la Société médico-psychologique, dans la séance du 17 avril 1905. Il nous apporta un grand nombre d'observations et de communications de grand intérêt, qui furent suivies d'importantes discussions; je rappellerai tout particulièrement celle qu'il souleva à propos de l'origine périphérique de certains délires. C'est que, fin observateur et esprit délié, notre distingué collègue avait très bien su voir l'influence qu'exercent sur le cerveau les lésions de la

©BIUM

périphérie, même la plus éloignée. Il en avait réuni un grand nombre de cas dans son service ; il avait lu avec un grand sens critique les auteurs anciens et modernes, et ainsi bien armé, il avait écrit cet intéressant volume, intitulé : *Psychopathies et chirurgie*, avec le sous-titre : *Doctrines et faits*. Ce volume, qui est le premier d'une série, est d'une lecture attachante ; l'auteur y fait preuve d'une érudition très étendue et d'un véritable esprit philosophique. Aussi regrettera-t-on que l'œuvre si bien commencée reste inachevée.

Le Dr Picqué était un confrère d'un commerce agréable, de relations sûres. Bon, bienveillant, il aimait à rendre service. Il était sincèrement, ardemment patriote. On l'a bien vu, en août 1914, lors de la déclaration de guerre que nous fit insolemment l'Allemagne. Picqué, qui était médecin principal dans l'armée territoriale, sollicita, dès les premiers jours, un poste périlleux : il fut désigné comme chirurgien en chef de l'armée d'Orient lors de la formation de celle-ci et concourut efficacement à l'installation des formations sanitaires établies d'abord aux Dardanelles, puis à Salonique. Ses chefs rendirent un hommage mérité à ses qualités d'organisateur, et il fut nommé chirurgien en chef consultant de l'armée d'Orient. Il rédigea une note détaillée sur le fonctionnement des hôpitaux de cette armée, note qu'il communiqua à l'Académie de médecine au commencement de cette année.

Il ne retourna pas en Orient ; il résigna ses fonctions, il y a quelques semaines, et partit pour l'Italie, chargé d'une mission.

Nous ne savons de ce qu'il fit à Rome et de sa mort que ce qu'en raconte *la Croix* (numéro du jeudi 7 juin 1917), dans les termes suivants :

« Le Dr Picqué vint à Rome au début d'avril, pour se livrer avec ardeur à des études particulières (comme novice aux frères Lazaristes). C'est là que, six semaines après son arrivée, malgré de belles apparences de santé, il fut atteint d'un mal qui, à ses yeux, nécessitait une opération assez sérieuse. Le lundi, 14 mai, il fut opéré, mais, malgré tous les soins dont il fut l'objet de la part des médecins et des sœurs de la Sagesse, il mourut le jour de l'Ascension, au Corso d'Italia, n° 33, dans les sentiments de la plus douce piété.

« Je m'en vais à mon Dieu » : cette parole — une des dernières qu'il prononça — a été gravée sur la plaque de marbre qui ferme, au Campo Santo, le « loculus » où repose sa dépouille mortelle. »

Tous ceux qui ont connu Picqué ont apprécié son savoir étendu et ses belles qualités morales ; ils conserveront le souvenir de ce confrère aimable et dévoué qui n'a eu que des amis.

©BIUM

XIII[e] ASSEMBLÉE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE NEUROLOGIE

La Société suisse de Neurologie a tenu sa treizième assemblée les 26 et 27 mai 1917, à Lucerne, dans l'établissement sanitaire de l'armée.

Treize communications ont été faites, tant sur des questions de neurologie que sur des questions de médecine mentale. Parmi ces dernières, nous citerons : « Visites aux centres neuro-psychiatriques de Lyon et de Paris. La question des troubles nerveux fonctionnels de la guerre », par les D[rs] P.-L. Ladame et L. Schnyder; « Les organisations neuro-psychiatriques de l'armée italienne », par le D[r] B. Manzoni; « Observations sur les troubles psychiques dans les blessures du crâne », par le D[r] Binswanger, etc.

Notre excellent collaborateur et ami, le D[r] P.-L. Ladame, veut bien se charger de faire un compte rendu de cette importante réunion, que nous publierons dans notre prochain numéro.

PROPAGANDE INTER-MÉDICALE A L'ÉTRANGER

Cette guerre a montré l'importance des facteurs moraux et la valeur incomparablement grande des « impondérables » pour la poursuite et l'obtention de la Victoire. Aussi l'opinion publique des pays neutres est-elle un objet constant de convoitise de la part des belligérants.

La France a le devoir de ne pas se laisser distancer par l'Allemagne dans cette conquête et il faut qu'elle vise à soutenir son prestige moral à l'étranger.

Or, les médecins sont bien des mieux placés pour être des agents de propagande de la pensée française au dehors et cela par l'intermédiaire de ceux de leurs propres confrères avec lesquels ils ont des relations quelconques.

On demande donc au patriotisme de tous les médecins de notre pays en mesure de se rendre utiles dans cet ordre d'idées, de vouloir bien accepter la tâche de s'aboucher avec les médecins qu'ils connaissent à l'étranger et de faire près d'eux le nécessaire pour les intéresser à notre cause, ne serait-ce que par une simple lettre dans laquelle ils s'autoriseraient de leurs relations antérieures avec eux pour leur annoncer l'envoi de brochures de propagande que, en réalité, le Service de la presse enverra.

En effet il a été convenu avec ce service qu'il suffisait de s'adresser au Service de la propagande, à la maison de la

©BIUM

presse, rue François-Ier, n° 3 (bureau de la propagande médicale), pour obtenir l'envoi de brochures de propagande aux médecins étrangers dont on donne le nom et l'adresse et à qui on s'engage à écrire en même temps.

On devra spécifier le point de vue particulier que l'on désire faire connaître à son correspondant. Le Service de la propagande est à même en effet de fournir tout ce qui a trait, non seulement à la guerre, mais aussi à la situation de la France dans le monde, à sa civilisation, son art, son histoire, etc. On peut par exemple avoir le désir de montrer à son interlocuteur ce qui en est de la Belgique et de son martyre, de l'Alsace-Lorraine, de la conduite des Allemands dans les pays envahis, de leurs crimes. Au cours des phases de la guerre, on peut vouloir faire connaître la force économique de la France, la France et ses Alliés, la civilisation de notre pays, sa littérature, son art, ce que les grands écrivains ont pensé de cette guerre, etc...

Nous donnons ces indications à titre d'exemples pour faire comprendre que le Service de la propagande est susceptible de fournir des documents qu'on peut choisir à son gré selon le tempérament intellectuel, les tendances, la tournure d'esprit, l'orientation sentimentale du correspondant occasionnel à l'étranger.

CONTRE LA MORPHINE, LA COCAÏNE ET L'OPIUM.

Arrestations de trafiquants de stupéfiants. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du mardi 17 avril 1917) :

Après avoir dérobé à son patron, M. Moreau, pharmacien, 5, Rond-Point de Longchamp, trois cents francs, des bons de livraison et le cachet de la pharmacie, Aimé Monot, vingt-six ans, aide de laboratoire, cocaïnomane endurci, se procura dans maintes drogueries, grâce aux bons de livraison qu'il avait volés, une grande quantité de cocaïne, de morphine et d'opium qu'il distribuait ou revendait, selon le cas, à des amies de Montmartre auprès de qui il se faisait passer pour le marquis de Lucigny.

Il chargeait le jeune Maurice Raffiés, dix-sept ans, dit « le chasseur » de lui servir d'intermédiaire. Ce dernier, pincé hier chez un droguiste du quartier des Archives, fit des aveux qui amenèrent l'arrestation de la maîtresse du « marquis », Marthe Lagarche, manucure, vingt-trois ans, demeurant rue Pigalle, également une intoxiquée, et celle du pseudo-Lusigny, qui a déjà subi une condamnation.

— On lit dans le *Petit Journal* (n° du samedi 2 juin 1917) :

©BIUM

Un des principaux trafiquants de cocaïne et de morphine de la place de Paris, Ernest-Gaston Payron, quarante et un ans, demeurant 17, boulevard de Strasbourg, a été arrêté, hier, à la gare d'Orsay. Il venait de Saint-Sébastien, portant 54 tubes et 9 flacons de cocaïne.

Cette provision de la néfaste drogue ne lui avait pas coûté plus de 1.000 francs : il espérait la vendre à peu près le double, a-t-il avoué. Il a ajouté que ce n'était pas le premier voyage aussi fructueux qu'il avait fait.

— On mande de Lyon au *Pays* (numéro du samedi 2 juin 1917) :

Le Service de la sûreté a arrêté six femmes qui vendaient de la cocaïne. Pour obtenir la drogue elles faisaient usage d'ordonnances faussement signées de noms de médecins connus.

— On lit dans le *Temps* (numéro du mercredi 13 juin 1917) :

Une descente de police a été effectuée hier, rue du Colonel-Renard, chez une dame Amélie Zadzkowska, qui se livrait au trafic des stupéfiants, et principalement de la morphine. On a découvert à son domicile 150 ampoules pleines, un millier d'ampoules vides et différents objets employés dans les fumeries d'opium, ainsi que des documents établissant que son fournisseur était un pharmacien établi en Touraine. M^me^ Zadzkowska, plus connue dans le monde spécial qu'elle approvisionnait sous le nom de Sonia, sera poursuivie ainsi que son fournisseur.

Devant les tribunaux. — Sous la prévention de détention, cession et trafic d'opium et de cocaïne, ont comparu comme prévenus libres, le vendredi 23 mars 1917, devant la 10^e^ chambre correctionnelle, cinq hommes et trois femmes. Ce sont : MM. Richard Beaufeu, âgé de soixante-deux ans ; un jeune homme dont la profession est mal définie, René Gravier ; un récidiviste, Edouard Lardennois ; un nommé Wiera de Mello ; un pharmacien, Maurice Ehrart ; trois artistes lyriques : M^mes^ Beaufeu, dite Jeanne d'Alma ; Juliette Agnus, dite Syta Feruys, et Damien, dite Damia.

Le réquisitoire les présente comme fumeurs ou pourvoyeurs de drogues ; les inculpés nient et la défense, au rang de laquelle se trouvent le bâtonnier Henri Robert et M^es^ Maurice Garçon et Le Barazer, répond qu'il s'agit de curiosité sans suite, de cadeaux, de commissions sans conséquence.

On sait que le couple Richard Beaulieu avait établi une fumerie d'opium dans leur hôtel de la rue de Turin, où il donnait à fumer à des amis, hommes et femmes. Voici les condamnations que la Chambre correctionnelle, présidée par M. Masse, a rendues le vendredi 13 avril.

Beaufeu et sa femme ont été condamnés chacun à deux mois de prison et 2.000 francs d'amende. Les autres prévenus,

©BIUM

qui ont procuré de la drogue ou qui en ont fait le trafic, ont été condamnés, M^lle Syta Fernis, un mois de prison et 500 francs d'amende ; Jean-Baptiste Yahu, par défaut, deux mois et 2.000 francs ; le pharmacien Erhard, deux mois et 2.000 francs ; Marie-Louise Damien, 500 francs d'amende ; René Graver, deux mois et 2.000 francs ; Louis-Edmond Lardenois, quatre mois et 3.000 francs ; Georges Beauchef, par défaut, deux mois et 2.000 francs et Luciano do Mello, 1.000 francs d'amende.

Voici le principal attendu de ce jugement :

« Attendu que, soit à Paris, soit dans la villa par eux occupée à Houlgate, les époux Beaufeu ont incontestablement, au cours de l'année 1916, fumé l'opium en société et se sont même livrés à une propagande dangereuse parmi leurs connaissances et leurs invités pour les inciter à partager leurs goûts, leur fournissant, à titre purement gracieux et sans se livrer à aucun trafic, à prix d'argent, soit l'opium, soit la cocaïne... »

— On lit dans le *Petit Journal* (numéro du mercredi 9 mai 1917) :

Un Hollandais, le baron van Braame, surpris dans le hall d'un hôtel des Champs-Elysées vendant à un Anglais, M. Jacques Negroponte, des paquets de cocaïne, a comparu hier avec ce dernier devant la huitième chambre correctionnelle, pour détention et vente de substances vénéneuses et a été condamné à six mois de prison.

— On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du mercredi 9 mai 1917) :

Devant la dixième chambre correctionnelle, comparaissait hier M. Jean Guitry, inculpé d'infraction à la loi qui interdit en France les fumeries d'opium.

Après avoir reconnu les faits, le prévenu a déclaré que depuis quelques mois il avait renoncé au poison.

M. le bâtonnier Henri Robert, défenseur, a soutenu qu'en droit, la loi de 1916 n'était pas applicable à son client.

M. Barathon du Monceau a reconnu qu'il pouvait y avoir controverse sur certaines expressions de cette loi.

Le tribunal rendra son jugement à huitaine.

Le jugement a été rendu le 14 mai ; le tribunal a condamné M. Jean Guitry, pour délit de fumerie d'opium, à deux mois de prison et 3.000 francs d'amende.

— On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du lundi 4 juin 1917) :

M. Bellucci Giu-Carlo, ingénieur, qu'assistait M^e Albert Salmon, a été condamné à six mois de prison pour vente de cocaïne.

©BIUM

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

Homicide. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du mardi 20 mars 1917) :

L'agent Planche, du commissariat de Saint-Denis-Sud, ancien colonial, passait, dimanche soir, vers 10 heures, rue Denfert-Rochereau, lorsque, pris subitement de folie furieuse, il tira successivement au hasard trois coups de revolver.

Malheureusement une des balles, traversant les volets clos d'un débit, vint atteindre, à la partie supérieure du poumon droit, M. Halmez, quarante-huit ans, qui s'affaissa aussitôt.

On parvint, non sans peine, à maîtriser le dément qui, en des gestes furieux et des propos incohérents, manifestait son désir de continuer à tirer.

Homicide et suicide. — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 14 avril 1917) :

Le soldat Gardanne, d'un régiment d'infanterie colonial du Maroc, depuis quelques jours en permission à Solliès-Ville (Var), dans un accès de neurasthénie, s'empara d'un marteau et en asséna violemment un coup sur la tête de sa femme, pendant qu'elle dormait : la malheureuse eut le crâne enfoncé et succomba. Gardanne se tua d'un coup de revolver à la tempe.

Il laisse trois orphelins, dont l'aîné est âgé de six ans.

Double homicide et suicide. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du lundi 16 avril 1916) :

Un drame qui a provoqué une vive émotion s'est déroulé, l'autre nuit, vers 11 heures, au numéro 26 de la rue Titon. Là habitait depuis longtemps une jeune femme, Marguerite Périer, caissière dans un restaurant du boulevard Voltaire.

Depuis le départ de son ami à la guerre, la jeune femme, qui avait de lui deux enfants, était devenue neurasthénique et elle laissait entrevoir de lugubres projets que personne ne prenait au sérieux.

Avant-hier, elle les a froidement réalisés. Elle ouvrit la fenêtre de son logement, situé au quatrième étage, et prenant l'un après l'autre ses deux pauvres enfants, Yolande, âgée de un an, et Marcel, trois ans, elle les jeta dans le vide. Elle enjamba ensuite la fenêtre et vint à son tour s'écraser à terre. Elle se tua sur le coup, ainsi que sa fillette. Le petit Marcel, qui a la cuisse droite brisée, survivra peut-être. Il est à Trousseau.

Tentative d'homicide. — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du 9 mai 1917) :

Le gardien de la paix Chevrier était de garde, hier matin, devant le commissariat de police de l'avenue de Breteuil, quand

©BIUM

un fou, Paul Dumaine, le frappa d'un coup de poinçon au ventre. L'état de l'agent Chevrier, transporté à l'hôpital Necker, est aussi satisfaisant que possible.

Violences. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du vendredi 11 mai 1917) :

Avenue Victor-Hugo, une femme, prise d'une crise subite de folie, frappe avec un bâton M. Guezard, marchand boucher, qui réussit à la maîtriser. La folle, Louise Terrier, quarante-neuf ans, demeurant, 28, rue Gustave-Courbet. est envoyée à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Tentatives d'homicide. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du 18 mai 1917) :

Une croix de bois fixée sur une épaule, des placards composés d'écrits incohérents épinglés sur ses vêtements et une branche de houx à la main, suivi d'une grande foule qui lui adressait des quolibets sans qu'il s'en souciât, un homme marchait avec gravité rue de Rivoli, hier soir, vers 7 heures.

Mais le grotesque fit bientôt place au tragique et l'amusement des badauds tourna en panique. Près du guichet de Rohan le gardien de la paix, Camille Crété, ayant arrêté dans sa promenade le déséquilibré, celui-ci tira sur lui deux coups de revolver, puis il fit encore feu sur le lieutenant Jean Ottensoosers, de l'état-major de la place, qui avait voulu le désarmer, et sur les passants affolés. Enfin, l'homme put être maîtrisé par des agents accourus au secours de leur collègue, et conduit devant M. Leblanc, commissaire de police du quartier Saint-Germain-l'Auxerrois. C'est un sujet grec, Demetrius Pessarunatis, âgé de quarante-sept ans, tailleur, habitant 15, rue des Saints-Pères.

Seul, l'agent Crété fut atteint d'une balle à la cuisse droite, l'autre projectile s'écrasa sur son ceinturon, qui le sauva ainsi d'une blessure mortelle. MM. Laurent, préfet de police, et Chanot, directeur de la police municipale, sont allés, dans la soirée, à l'Hôtel-Dieu féliciter le blessé de son attitude courageuse.

Quant au dangereux dément, il a été conduit à l'infirmerie spéciale du Dépôt.

Double meurtre, incendie et suicide. — On mande de Toulon au *Petit Journal* (numéro du mercredi 6 juin 1917) :

Ce matin, au faubourg du Champ-de-Mars, avenue Sénéquier, un propriétaire jardinier, Henri Chabaud, âgé de quarante-cinq ans, a, dans un accès de folie, assommé sa femme, âgée de quarante ans, ainsi qu'une voisine, M^me^ Vacher, âgée de quarante-sept ans. Il mit ensuite le feu à sa maison après avoir également assommé et tué à coups de matraque et de couteau son chien de garde, un cheval et un âne.

©BIUM

Quand, accourus pour combattre l'incendie, des sauveteurs arrivèrent, ils trouvèrent sous les décombres les cadavres des deux femmes et des animaux, puis, en examinant le puits de la campagne, ils y découvrirent le corps de Henri Chabaud qui s'y était jeté.

FAITS DIVERS

Prévenu frappé de folie en pleine audience. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du dimanche 15 avril 1917) :

Une scène des plus pénibles, qui a fortement impressionné le public et le tribunal lui-même, s'est produite hier, à la 8e-9e chambre correctionnelle.

Parmi les individus restés sur le banc des prévenus, était un jeune homme, brun, la figure émaciée, l'air profondément abattu. Appelé par le président, M. Masse, à déclarer son nom, Pierre Boulangé, l'individu se leva comme poussé par un ressort, se mit à gesticuler avec violence, poussant des cris terribles et prononçant des paroles où revenaient constamment les mots « honneur », « brave soldat », « défenseur de la patrie ».

Brusquement, on le vit s'élancer sur la barrière en bois, la tête la première, comme s'il allait s'ouvrir le crâne.

Deux fois il recommença la même manœuvre. Ensanglanté, Boulangé fut saisi et, sur l'ordre du président, emmené et conduit à l'infirmerie du Dépôt.

Le malheureux, arrêté sous l'inculpation d'avoir commis une escroquerie de 200 francs, avait déjà, il y a dix jours, à la Santé, tenté de se pendre. Il va être soumis à l'examen du docteur aliéniste Roques de Fursac.

Un drame dans un asile d'aliénés. — On lit dans le *Petit Journal* (numéro du vendredi 20 avril 1917) :

Au cours d'une ronde de nuit à l'asile de Neuilly-sur-Marne, les surveillants Hespet et Dartois ont trouvé dans le dortoir Morel, un G. V. C., François Willemein, quarante-cinq ans, originaire de Hamonville (Meuse), inanimé dans son lit et portant un sillon noirâtre autour du cou.

D'après l'enquête, son cousin, Joseph Gros, quarante et un ans, du 1er étranger, né à Flacca, en Espagne, qui était sujet à des accès de folie furieuse et que l'on attachait le soir avec des sangles, s'était détaché pendant la nuit et avait étranglé Willemein avec une de ses sangles, puis s'était rendormi.

A son réveil, le malheureux dément ne se souvenait de rien et on n'a pu obtenir de renseignements précis des autres malades couchés dans le dortoir, qui n'ont, disent-ils, rien entendu.

©BIUM

Séquestration arbitraire d'un militaire dans un asile d'aliénés. — Qu'on se rassure, le fait de séquestration arbitraire que nous allons relater, ne s'est pas passé en France mais en Allemagne. Il a été signalé à la séance du 17 mai dernier, au Reichstag, dans un important discours prononcé par le député socialiste Stuecklen, au sujet des traitements infligés par des officiers allemands aux soldats du front, et l'impossibilité pour ces hommes d'obtenir justice. Voici en quels termes :

« Laissez-moi encore citer le cas d'un autre soldat nommé Friedrich. Friedrich s'était plaint d'un lieutenant de son bataillon, et le résultat de sa réclamation fut de le faire renfermer dans une maison de fous. Soumis à l'examen des docteurs, il fut reconnu sain d'esprit et les autorités médicales le renvoyèrent à l'armée. Mais ses chefs l'expédièrent dans un second asile d'aliénés.

« J'ai porté cette scandaleuse affaire à la connaissance du ministre de la Guerre, mais aucune suite n'a été donnée à ma démarche et Friedrich reste toujours enfermé dans cette maison de fous, quoique deux spécialistes des maladies mentales aient certifié qu'il avait toute sa raison... »

Ce fait se passe de commentaires.

Contre l'alcoolisme. — La Ligue nationale contre l'alcoolisme ouvre un cabinet de consultations médicales gratuites à son siège social, boulevard Saint-Germain, 147, tous les mercredis à 5 heures. Ce nouvel organisme de la Ligue est destiné à venir en aide aux « buveurs d'habitude » qui désirent guérir, ainsi qu'aux familles des alcooliques si souvent ignorantes des mesures médicales à prendre. Les consultations sont données par le Dr *Roger Mignot*, le distingué médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

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

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



V. MAGNAN

SA VIE ET SON ŒUVRE

Par le Dr Paul SÉRIEUX
Médecin des asiles d'aliénés.

Suite (1).

A partir de l'année 1881, Magnan, sans se désintéresser des psychoses toxiques, organiques et névrosiques, se consacra plus particulièrement à l'étude des vésanies et à ces recherches sur la dégénérescence dont on sait le retentissement. L'analyse de l'état mental des dégénérés, la description, l'interprétation des obsessions et des impulsions, la synthèse de ces syndromes, l'étude des délires de ces malades, devaient rester au premier plan des préoccupations du médecin de Sainte-Anne, pendant la quinzaine d'années qui marque la seconde étape de son activité scientifique (1881-1897).

(1) Voir les *Annales* de juillet 1917.

©BIUM

Félix Voisin avait déjà étudié l'état mental des idiots et arriérés ; Trélat avait montré dans « la loi d'hérédité la cause des causes » ; J.-P. Falret avait signalé « les signes de la prédisposition » aux maladies mentales, le « défaut d'harmonie entre les facultés intellectuelles » des prédisposés, leurs « contrastes », leurs « graves et fréquentes singularités morales ». Moreau (de Tours) avait déjà esquissé (1850-1852) les « signes particuliers de la prédisposition héréditaire », de la « diathèse névrosique », des « métis intellectuels », décrit les « états mixtes » où se combinent la raison et la déraison, étudié les rapports du génie et de la folie, ainsi que l'hérédité morbide progressive. Il avait signalé les troubles du caractère, l'irritabilité, l'émotivité des prédisposés. Mais c'est à Morel que revient l'honneur d'avoir (1857-1860-1866) formulé la doctrine de la dégénérescence et de la folie héréditaire. Après avoir fait « connaître les causes diverses des dégénérescences..., des déviations morbides du type normal de l'humanité..., variétés maladives » héréditairement transmissibles, Morel créa « la grande et importante variété des aliénés héréditaires ».

Les idées de Morel, adoptées par Jules Falret, Legrand du Saulle et quelques autres, devaient être précisées, développées par Magnan avec un sens clinique profond ; ses travaux ont jeté une vive lumière sur ce chapitre, le plus important peut-être de la pathologie mentale. La *folie des héréditaires dégénérés* est l'œuvre maîtresse du médecin de Sainte-Anne et, à coup sûr, son œuvre de prédilection. Magnan a montré que l'histoire de la dégénérescence n'est qu'un chapitre de la tératologie, que la pathogénie des états dégénératifs se réduit, en dernière analyse, à des anomalies de développement, des agénésies des centres d'association de l'écorce et de leurs connexions, que ces anomalies

©BIUM

tiennent sous leur dépendance un déséquilibre psychique, à la faveur duquel se développent des obsessions, des impulsions, des délires à caractères spéciaux. La conception de la folie des héréditaires, qui a passionné les aliénistes, en France et à l'étranger, a fini, après de mémorables discussions, par obtenir l'adhésion de la plupart d'entre eux. Si son intérêt est capital au point de vue de la clinique et de la nosologie, son importance n'est pas moindre pour la médecine légale, la criminologie, la pédagogie, l'eugénique. Cette conception, enfin, aux yeux de Magnan, devait élucider plus d'une question de la physiologie pathologique des centres nerveux. Que de troubles singuliers expliquait le déséquilibre, l'émancipation des différents centres de l'axe cérébro-spinal, chacun d'eux pouvant entrer en fonction d'une façon isolée et indépendamment de tous les autres! « La folie des dégénérés, dit Magnan, intéresse le physiologiste qui, observant cliniquement ces derniers, peut les voir se disséquer en quelque sorte eux-mêmes, et observer le fonctionnement isolé de tous leurs centres nerveux ».

C'est surtout à la description des signes intellectuels et moraux des héréditaires dégénérés que Magnan consacra ses efforts. On examinera successivement ses travaux sur l'état mental, les stigmates physiques, les obsessions et les impulsions, enfin les délires des dégénérés.

« La dégénérescence, d'après Magnan, est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses générateurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie » (1). Ailleurs, Magnan

(1) Magnan et Legrain. *Les Dégénérés*. Paris, Rueff, 1895.

©BIUM

s'exprime ainsi : « Les dégénérés constituent une grande famille pathologique nettement définie, à caractères propres qui la distinguent de toutes les autres espèces morbides. De même que dans la paralysie générale, nous avons trouvé comme fond une démence généralisée tout à fait remarquable, de même chez les dégénérés tous les symptômes psychiques reposent sur un fond spécial, la *déséquilibration mentale* » (1). Cette déséquilibration a pour cause un arrêt de développement, ou un fonctionnement désharmonique, des divers centres corticaux, d'où des troubles divers de l'intelligence, de la sensibilité, de la volonté. Ces troubles, par leurs combinaisons multiples, donnent lieu aux types cliniques variés de dégénérés dont Magnan a donné la formule. C'est parmi ces anormaux psychiques constitutionnels que se recrutent, non seulement un grand nombre de délirants, les obsédés, les impulsifs, les abouliques, mais encore les inadaptés au milieu social, les délinquants et les criminels, les fanatiques, les fous lucides et malfaisants, enfin certaines personnalités brillantes, mais foncièrement déséquilibrées.

Magnan, pour donner une idée nette de l'état mental des dégénérés, qu'on examinera en premier lieu, suit le développement successif de l'intelligence depuis la dégradation complète de l'idiot jusqu'aux simples anomalies des déséquilibrés. Il montre que « pour réussir à comprendre et à démêler les dégénérescences véritables, il n'y a qu'une méthode qui ne soit pas trompeuse, c'est l'étude progressive des infirmités congénitales du cerveau, en partant des lésions générales et manifestes de l'idiot profond pour arriver successive-

(1) Héréditaires dégénérés. Leçon recueillie par Vigouroux. *Arch. de Neurologie*, n° 69, 1892, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 135.

©BIUM

ment aux lésions locales partielles et dissimulées des irréguliers. On comprend alors, par les transitions, pour ainsi dire insensibles, qui les rattachent l'un à l'autre, que le dégénéré, tout en haut qu'il soit de l'échelle, est de la même famille que l'idiot » (1).

Magnan répartit les dégénérés en quatre classes, en prenant pour critérium le développement de l'intelligence : l'idiotie, l'imbécillité, la débilité mentale et le déséquilibre psychique. Ces quatre types cliniques se distinguent au point de vue pathogénique par le siège et la généralisation des arrêts de développement qui ont frappé l'écorce du cerveau, par la localisation des troubles fonctionnels. Chez l'idiot, des lésions graves, étendues ou bilatérales, ont détruit certains centres corticaux (centres supérieurs ou centres d'association). Chez les imbéciles et les débiles, ce ne sont plus que des arrêts de développement et des modifications morphologiques plus ou moins localisées. Parfois, on constate même des développements partiels exagérés de certaines facultés, coexistant avec certaines lacunes psychiques, si bien que l'on a pu qualifier certains imbéciles de « génies partiels ». Chez les déséquilibrés, ou dégénérés supérieurs, l'aspect extérieur du cerveau est normal, mais l'état mental révèle un déséquilibre psychique, des modifications fonctionnelles de l'activité cérébrale, une désharmonie des facultés : imagination parfois exubérante, tandis que le jugement et la réflexion présentent des anomalies ; talents parfois remarquables voisinant avec le manque absolu de certaines aptitudes. Les troubles fonctionnels des déséquilibrés se rapprochent si bien des troubles observés chez le débile et l'imbécile qu'ils doivent logiquement relever et qu'ils

(1) Leçons de Magnan, 1882, in Saury, *Études cliniques sur la folie héréditaire*, vol. in-8°, Delahaye. Paris, 1886, p. 19.

©BIUM

relèvent en réalité (hérédité, maladie de l'enfance, etc.) de modifications analogues des centres corticaux et des faisceaux d'association, entraînant elles aussi un développement inégal et désharmonique des facultés.

Dès 1880, Magnan note brièvement l'existence de « dégénérescences intellectuelles allant de la simple faiblesse d'esprit jusqu'à l'idiotisme le plus profond », états dus à l'hérédité.

De 1881 à 1885, il publie une série de mémoires remarquables sur l'inversion sexuelle, la folie des anti-vivisectionnistes, la dipsomanie, la sitiomanie, l'onomatomanie. Il fait, en 1885, ses mémorables communications sur « les signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire » (1). Au point de vue étiologique, les dégénérés sont, pour la plupart, d'après Magnan, des héréditaires, victimes des tares psychopathiques de leurs ascendants, mais il admet que, dans quelques circonstances rares, les dégénérescences mentales peuvent se développer après la naissance, sous l'influence de maladies infectieuses, qui déterminent des lésions et des troubles analogues à ceux que présentent les dégénérés de naissance : dégradation totale de l'idiot, jusqu'à la désharmonie des déséquilibrés. Dès la naissance, les héréditaires offrent des stigmates physiques; et, avec les premières manifestations intellectuelles, avant toute influence de l'éducation, on voit se dessiner les stigmates psychiques qui les font reconnaître.

Magnan résume ainsi sa conception de l'état mental des dégénérés : « Ce qui prédomine, c'est la désharmonie et le défaut d'équilibre, non seulement entre les opérations intellectuelles d'une part, les sentiments et les penchants d'autre part, mais encore la désharmonie

(1) Société médico-psychologique, 18 mai et 27 juillet 1885, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 107-134.

©BIUM

des facultés intellectuelles entre elles, le défaut d'équilibre du moral et du caractère. Un héréditaire peut être un savant... un grand artiste... et présenter au point de vue moral des défectuosités profondes, des bizarreries étranges, des écarts de conduite surprenants, et, comme... les penchants sont la base de nos déterminations, il s'ensuit que les facultés brillantes sont mises au service d'une mauvaise cause..., de sentiments maladifs qui, grâce aux défaillances de la volonté, poussent aux actes les plus extravagants et parfois les plus dangereux. D'autres fois, c'est l'inverse qui se produit : tel héréditaire dont la conduite est des plus régulières, les sentiments... des mieux pondérés, offre de véritables trous dans son territoire intellectuel. Il a une mémoire des plus ingrates, ou bien il ne peut rien comprendre aux chiffres, à la musique, au dessin ; en un mot, avec une intelligence moyenne, il est absolument nul pour certaines facultés. Les centres de perception sont inégalement impressionnables, inégalement aptes à recueillir les impressions... » (1).

Cette désharmonie psychique se fait sentir fréquemment, chez les débiles et les dégénérés supérieurs, par des tendances aux idées obsédantes, aux interprétations fausses, aux fabulations, aux conceptions délirantes, par des troubles de l'émotivité. L'humeur est instable et plus ou moins gravement modifiée : certains présentent, d'une façon permanente, les signes de l'asthénie ou de l'hyperasthénie constitutionnelles; d'autres ont, toute leur vie durant, des alternatives de dépression et d'excitation, tantôt actifs, infatigables (manie raisonnante), tantôt découragés, inertes, avec la lassitude de vivre. Tout leur est prétexte à émotion : et leur déséquilibre s'accentue sous l'influence d'un choc émotionnel ou d'un

(1) *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 116-117.

©BIUM

état passionnel. Presque tous présentent des troubles de la volonté (aboulie, suggestibilité, impulsions). Le déséquilibre psychique, nuancé à l'infini, rend tout classement malaisé. Cependant on peut, d'après Magnan, grouper les déséquilibrés en trois catégories :

A. — Prédominance des facultés intellectuelles, état moral défectueux; dégénérés criminels.

B. — Pondération régulière de l'état moral ; nullité des aptitudes et des facultés intellectuelles proprement dites.

C. — Équilibre apparent des facultés, mais défectuosités saillantes se manifestant à l'usage (application, effort, émotivité) (1).

Les arrêts et les anomalies de développement ne frappent pas seulement, chez les dégénérés, les centres nerveux ; ils portent encore sur leur constitution physique ou somatique, c'est-à-dire sur tous les organes de l'économie. Entrevus seulement par Esquirol, « les signes physiques externes, les stigmates de l'hérédité » ont été en réalité révélés par Morel. Magnan n'a pas consacré à ces *stigmates physiques de la dégénérescence* une étude d'ensemble, mais il a publié plusieurs mémoires consacrés à la description de stigmates peu connus. Dans ses leçons de 1884 (2), il rappelle les malformations les plus grossières des dégénérés, et il note que ces stigmates sont en rapport direct avec la débilité intellectuelle : « ils s'atténuent à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des dégénérés ; et chez certains héréditaires il faut parfois les chercher » (asymétrie cranio-faciale, malformations du pavillon de l'oreille, etc.).

(1) Cf. Tableau synoptique des dégénérescences mentales, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 150.

(2) *Gaz. hôp.*, avril 1884, leçon recueillie par Respaut.

©BIUM

En 1885, Magnan signale (1) qu'il n'est pas rare de trouver chez des héréditaires à conformation extérieure régulière, des anomalies du fond de l'œil (amas pigmentaires de la choroïde, fissures choroïdiennes, déformations de la papille, etc.) qui « sont la traduction de déviations nutritives ».

Quelques années après il publie *Trois cas de conformation vicieuse des organes génitaux : atrophie testiculaire, cryptorchidie; pseudo-hermaphrodisme mâle* (2). Il établit que, chez les dégénérés, les organes génitaux sont parfois le siège de vices de conformation. Trois malades montrent divers degrés dans l'arrêt de développement des organes génitaux externes. Deux de ces dégénérés ont été pris d'accès délirants à évolution rapide; l'un est atteint d'imbécillité, un autre d'inversion sexuelle.

En 1892, Magnan présente à la Société de Biologie (3) un cas intéressant d'accumulation, dans des proportions tout à fait exceptionnelles, de stigmates physiques très accusés chez un débile (brachycéphalie, plagiocéphalie, acrocéphalie, asymétrie et malformations faciales, atrésie et malformation buccales et dentaires, syndactylie des quatre extrémités).

Enfin, en 1911, Magnan fait connaître à l'Académie de Médecine un cas curieux d'inversion sexuelle chez un pseudo-hermaphrodite féminin (4).

S'il accordait de l'importance aux stigmates physiques, Magnan ne voulait point qu'on l'exagérât. Pour

(1) Communication à la Société médico-psychologique, in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 107-134.

(2) Société d'Anthropologie, 17 février 1887; in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 219-228, avec 2 planches.

(3) Séance du 30 juillet 1892 (avec Galippe); in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 229-242, avec 5 figures.

(4) *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 21 février 1911 (en collaboration avec Pozzi), avec 4 gravures.

©BIUM

lui, c'est l'association de plusieurs stigmates qui donne à ces signes une signification. « Il ne viendra à l'idée de personne, dit-il en 1888, de faire entrer forcément dans le cadre des dégénérés tout individu dont l'une des bosses frontales sera aplatie, ou dont le vertex ou le maxillaire inférieur seront proéminents, ou bien encore tout homme qui bégaiera ou louchera... L'un ou l'autre de ces signes, considéré isolément, ne saurait impliquer la dégénérescence (1). » L'année suivante, il déclare que « ces stigmates physiques ne sont que des symptômes d'importance secondaire; une étude plus utile est celle des anomalies du développement cérébral ». Et il montre que chez certains dégénérés manifestes « les stigmates physiques sont à peine ébauchés ou font complètement défaut... ». De la fréquence de faits analogues, Magnan conclut que les stigmates physiques sont des « caractères généraux contestables et encore incomplètement déterminés » et qu'il faut « n'accorder qu'une importance secondaire à des signes inconstants » (2).

Si l'on doit à Morel la connaissance des stigmates physiques de la dégénérescence, c'est à Magnan que revient l'honneur de l'étude approfondie des *stigmates psychiques* (obsessions, impulsions, inhibitions), de leur groupement, de la mise en lumière de la haute portée séméiologique de ces états psychopathiques, longtemps considérés comme autant de monomanies instinctives ou impulsives, de délires impulsifs, de manies instinctives, etc. Morel, qui, en 1860, avait classé les phobies, les impulsions dans les deux premières classes de la

(1) Du délire chronique. Communication à la Société médico-psychol., séance du 26 février 1888; 28 pages.

(2) De l'enfance des criminels, 1889; in *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, p. 243-260, avec 2 planches.

©BIUM

folie héréditaire, vint « malheureusement plus tard, dit Magnan, mutiler de sa propre main cette œuvre considérable ». En 1866 en effet, il décrit le *délire émotif*, espèce pathologique distincte, « névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral ». Foville cependant, en 1872, veut comprendre dans une espèce unique « un grand nombre de prétendues espèces (kleptomanie, etc.), dont on peut faire remonter le germe à la naissance ». Mais il faut arriver à Magnan pour voir la question étudiée dans ses détails, comme dans son ensemble. Il fait l'analyse de ces états morbides, et il en fait aussi la synthèse. Il les réunit tous en un seul faisceau ; il en discerne les analogies, les identités, en décrit les caractères communs, en donne la signification ; il les rattache à une cause commune : ce sont les *stigmates psychiques de la dégénérescence*, les « syndromes épisodiques d'un état mental plus profond, que l'hérédité tient sous sa dépendance ». Conception intéressante et féconde que ce groupement de faits, considérés en général comme autant d'entités cliniques autonomes, et que Magnan réduit à n'être plus que des épisodes, des manifestations émanant toutes d'un même fond.

Ces signes de la folie des héréditaires sont caractéristiques : les *stigmates psychiques* ne se montrent que chez les dégénérés. « La physiologie pathologique, dit Magnan, fait ressortir les liens intimes qui unissent ces diverses variétés d'obsessions et d'impulsions. » Il montre ces divers syndromes identiques les uns aux autres, qu'il s'agisse de l'impulsion de l'onomatomane ou de celle de l'homicide ; ils se succèdent ou s'associent chez le même malade, qui peut être, à la fois ou successivement, kleptomane, pyromane, avoir des impulsions homicides ou suicides, etc. Il met en lumière leurs rapports étroits avec l'hérédité psychopathique qui prépare le terrain, déséquilibre les centres corticaux,

©BIUM

et produit cette tendance invincible des idées ou des appétits à revêtir la forme obsédante. Parfois même, on observe l'hérédité similaire de ces manifestations morbides.

A la lumière de cette idée directrice, le champ des obsessions, des impulsions, des phobies, des inhibitions, est tout entier exploré. Ample moisson pour un clinicien aussi doué ! Chaque année presque, une étude nouvelle approfondit tel ou tel syndrome ; et le tableau qu'en trace Magnan est fait de façon définitive. Ce maître de l'observation clinique a pour ainsi dire épuisé les sujets qu'il a abordés, dans une série admirable de mémoires achevés. Non content de recueillir des faits nouveaux, de décrire d'une façon saisissante des états psychopathiques parfois dramatiques, Magnan, avec une sagacité rare, interprète leur signification et, du présent remonte au passé du malade et de ses ascendants, en même temps qu'il en éclaire l'avenir.

L'obsession est « un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit en dehors de la volonté avec une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible » (1). A l'état normal, l'obsession est transitoire, sans malaise, et ordinairement facile à réprimer ; elle n'entrave pas les autres fonctions intellectuelles ; elle laisse libres les centres supérieurs qui ne perdent ni leur contrôle, ni leur influence modératrice sur les centres psycho-moteurs ; par suite, l'obsession n'aboutit pas à l'impulsion.

Chez le dégénéré, au contraire, à la faveur de l'intensité et de la fixité des images mentales, ainsi que des réactions émotives profondes qu'elles déchaînent,

(1) L'obsession criminelle morbide (Rapport au Congrès d'anthropologie criminelle. Bruxelles, 1892), in *Rech. sur les centres nerv.*, 2e série, p. 334-352.

©BIUM

les tendances motrices qui, normalement, sont liées à ces images, ne peuvent être réfrénées par l'inhibition volontaire qu'au prix d'une lutte douloureuse. Plus l'obsédé résiste, plus la torture de l'angoisse s'exaspère. Ces phénomènes émotionnels concomitants ne sont que « l'exagération des phénomènes normaux de l'émotion, qui s'accompagne toujours de manifestations vaso-motrices : rougeur et pâleur de la face, palpitations, etc. ». Ces états réactionnels intenses sont dus à « l'émotivité pathologique des sujets ». Plus ou moins tôt, suivant les obsédés, le conflit entre le centre cortical en état d'éréthisme et les centres d'association, se termine par l'émancipation du centre surexcité, qui entre en action d'une façon isolée et indépendante des autres. L'obsession, tenace, tyrannique, triomphe, grâce à la douleur morale intense qui l'accompagne ; elle subjugue la volonté : c'est l'impulsion; et le malade, bien que conscient, est poussé irrésistiblement aux actes qu'il réprouve. L'impulsion est caractérisée « par une action ou une série d'actions accomplies par un sujet lucide et conscient, sans l'intervention et malgré l'intervention de la volonté, dont l'impuissance se traduit par une angoisse et une souffrance morale intenses ».

Ces stigmates psychiques, qui révèlent d'une façon éclatante le déséquilibre des dégénérés, peuvent intéresser tous les centres de l'axe cérébro-spinal; par le rapprochement des troubles des diverses régions, la similitude du mécanisme apparaît, si bien que la plupart des syndromes deviennent des troubles du même ordre. « Il semblerait, dit Magnan, en 1885, qu'aucun rapprochement ne saurait être établi... entre l'onomatomanie, la dipsomanie et les perversions sexuelles... et cependant, au point de vue physiologique, le phénomène est au fond le même. Il s'agit, dans tous les cas, d'un centre cortical surexcité réclamant irrésistiblement

©BIUM

le retour d'une sensation ; l'apparition de l'image tonale, c'est-à-dire du nom, dans le centre cortical, suffit à calmer l'onomatomane ; l'impression alcoolique transmise à l'écorce donne satisfaction à l'appétit du dipsomane. »

Enfin, quand le malade a succombé au besoin qui l'obsède, l'angoisse est suivie d'une période de détente, de satisfaction, de soulagement. Lorsqu'on est témoin de l'angoisse à laquelle est en proie le malheureux onomatomane qui cherche un mot dont il n'a nul besoin, lorsqu'on le voit faire des efforts surhumains pour ne pas projeter au dehors le mot qui l'obsède, et que l'on assiste à l'immense soulagement dont sont suivies soit la découverte, soit la décharge du mot, on n'est plus étonné par le langage du kleptomane, du pyromane, de l'impulsif homicide ou sexuel, quand ils déclarent que, malgré tous leurs efforts, ils ont fini par succomber.

Pour Magnan, les obsessions, même chroniques, n'aboutissent jamais ni au délire, ni à la démence. « Le syndrome reste toujours semblable à lui-même. Il n'évolue pas, il ne se transforme pas. » Si certains auteurs pensent autrement, c'est pour avoir confondu l'obsession pure et l'idée obsédante délirante.

La première ébauche de la doctrine de Magnan se trouve dans son mémoire de 1881 sur les *Impulsions* (1). Après avoir donné divers exemples d'impulsions et de phobies, il critique, avec Falret et Morel, les auteurs qui décrivent ces faits sous le nom de monomanies ; il insiste sur ce point que « l'impulsion reste toujours un syndrome..., qu'elle ne saurait être regardée comme toute la maladie, et que la monomanie impulsive, loin d'être une maladie distincte, n'est, en définitive, qu'un

(1) Étude clinique sur les impulsions et les actes des aliénés. *Tribune médicale*, mars 1881, in *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 353-373.

©BIUM

épisode de différents états pathologiques qu'il faut, avant tout, déterminer ». C'est là le programme que Magnan s'est tracé et qu'il va réaliser si brillamment au cours des dix années suivantes.

En 1882, Magnan, étudiant les obsessions et les impulsions sexuelles, publie le premier travail paru en France sur l'inversion (1). On y trouve toutes les qualités de fine observation et d'interprétation lucide des faits cliniques dont il allait faire preuve dans sa longue série de recherches. Ce mémoire contient une observation curieuse d'inversion sexuelle, chez un dégénéré instruit, intelligent, conscient et attristé de son état. Cette anomalie remontait au premier âge. De très bonne heure encore, le malade avait eu des impulsions au vol, et plus tard il se sentait poussé à compter et recompter plusieurs fois de suite les fleurs, les lignes, les clous, etc. d'une tapisserie, d'une décoration quelconque. Des crises convulsives ont, dès l'âge de quinze ans, complété ce tableau pathologique. D'autres obsédés fournissent des exemples de ces aberrations décrites sous le nom de fétichisme. Dans aucun de ces cas, la prédisposition héréditaire ne fait défaut, et aux anomalies sexuelles viennent s'ajouter d'autres syndromes épisodiques de la folie des dégénérés. Ce mémoire fut le point de départ de recherches nombreuses, poursuivies par différents auteurs, sur les anomalies de la sphère sexuelle.

En 1884, dans une série de leçons sur la *dipsomanie*, Magnan expose magistralement sa conception de la dipsomanie, syndrome épisodique de la dégénérescence (2). Pour lui — et on retrouve dans Foville et

(1) Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles. (En collab. avec Charcot); *Arch. de Neur.*, nos 7 et 12, 1882; in *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 174-202.

(2) Leçons cliniques sur la dipsomanie, recueillies par M. Briand. *Progrès médical*, Paris, 1884; in *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2e édit., Bataille, Paris, 1893, p. 89-154.

©BIUM

dans Morel l'ébauche de cette manière de voir — ce trouble n'est pas une maladie distincte, une entité morbide. La description isolée de l'accès est insuffisante. Seule l'histoire complète du malade permet d'interpréter l'épisode impulsif. Les actes de toute la vie des dipsomanes démontrent que ces sujets sont des déséquilibrés constitutionnels. Des observations très détaillées, dont la plupart embrassent la vie entière du malade, servent de base à cette étude . Elles prouvent aussi la coexistence avec la dipsomanie d'autres impulsions (au suicide, à l'homicide), d'obsessions, de délire mystique, d'idées de persécution, d'idées ambitieuses, de dépression mélancolique, etc.

Au cours de la même année, Magnan fait connaître la *folie des antivivisectionnistes*, autre stigmate psychique de la dégénérescence, associé fréquemment à divers troubles mentaux. Il montre l'amour exagéré des animaux devenant une véritable obsession, qui ne laisse place à aucune autre préoccupation. Nuit et jour, ces obsédés se lamentent sur les souffrances des animaux ; sont-ils témoins d'un accident ou d'un acte de brutalité sur un animal, leur angoisse est telle, qu'ils finissent ou par s'évanouir, ou, en proie à la colère ou à l'attendrissement, par commettre toutes sortes d'extravagances. Une malade, après avoir longtemps parcouru les rues avec un panier de provisions qu'elle distribue aux chiens errants, se fait arrêter un jour aux abattoirs, où elle prétend s'opposer à l'abatage des animaux ; une autre, qui se trouve mal en entendant un coup de fouet, va, pendant plusieurs jours, atteler elle-même le cheval rétif d'un charbonnier, etc. (1).

Le travail de Magnan, paru en 1885, sur une forme

(1) De la folie des antivivisectionnistes. (Comm. à la *Soc. de Biol*,, 27 février 1884); in *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 269-277.

©BIUM

très curieuse d'obsession et d'impulsion, l'*onomatomanie*, est un mémoire admirablement creusé, basé sur trente et une observations. En une cinquantaine de pages, l'auteur a fait une étude définitive de la question (1). L'onomatomanie n'est pas, bien entendu, présentée comme une maladie distincte, mais comme un syndrome épisodique de la folie héréditaire, dans lequel l'obsession et l'impulsion ont pour objet un mot ou un nom, parfois insignifiants. Et c'est précisément ce caractère d'insignifiance des obsessions et impulsions qui donne à ce trouble une signification clinique exceptionnelle. Dans ces cas, dégagées de toute question d'intérêt, de tout mobile passionnel, l'obsession et l'impulsion apparaissent avec leur véritable caractère maladif, leur invincible irrésistibilité. Lorsque l'onomatomane ne trouve pas un mot qu'il cherche — lors même qu'il n'en a pas besoin — il reste angoissé jusqu'à la découverte du mot libérateur. Pour éviter le retour de ces accès, il en est qui ont toujours avec eux un cahier contenant les mots susceptibles d'être recherchés, ou qui voyagent avec un dictionnaire ou un Bottin. Magnan étudie : 1° la recherche angoissante du mot; 2° l'obsession du mot qui, au lieu de fuir, s'impose, et l'impulsion irrésistible à le répéter; 3° la signification particulièrement funeste de certains mots; 4° les mots préservateurs, avec obligation de les répéter; 5° les mots devenus pour le patient un véritable corps solide, indûment avalé, pesant sur l'estomac et pouvant en être rejeté.

Cette même année encore (2), Magnan publie l'observation d'une dégénérée qui présente plusieurs syndromes

(1) De l'onomatomanie, *Arch. de Neurol.*, nos 29 et suiv. (En collaboration avec Charcot); in *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 278-333.

(2) Cas de folie héréditaire : syndromes épisodiques intéressant successivement diverses régions de l'axe cérébro-spinal. Coexistence de folie héréditaire, de délire alcoolique et de délire épilep-

©BIUM

et dont le système cérébro-spinal tout entier est déséquilibré : mouvements simples et complexes, mimique des expressions passionnelles échappant à la volonté ; obsessions, phénomènes inhibitoires, impulsions ; anomalies sexuelles. La même malade a eu, en outre, des accès mélancoliques, du délire alcoolique, du délire épileptique.

Dans un mémoire suivant, Magnan fait l'étude d'un autre trouble, la *sitiomanie* (1), pendant clinique de la dipsomanie. La sitiomane éprouve une impulsion, un désir insatiable de manger : tous les aliments lui sont bons, pourvu qu'elle mange ; elle a beau se désoler, se reprocher sa gloutonnerie, elle ne s'en corrige pas ; les journées et les nuits se passent à manger. Cette existence devient parfois si intolérable, que les malades forment des projets de suicide et demandent eux-mêmes à être placés dans un asile où on les empêchera de satisfaire cet appétit morbide.

En 1886, Magnan fait à l'Académie de Médecine sa communication bien connue sur les *perversions sexuelles* (2). Là encore, il se révèle préoccupé de mettre de l'ordre dans le chaos des faits. Les anomalies sexuelles si variées des dégénérés prêteraient à la confusion, si elles n'étaient l'objet d'une classification basée sur l'anatomie et la physiologie. Il les divise en quatre groupes : Les *spinaux* (idiots) sont réduits au réflexe simple ; leur domaine se trouve limité à la moelle, au

---

tique. *Ann. médico-psych.*, 7e série, t. II, 1885, p. 235 ; in *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 261-267.

(1) Observation de sitiomanie. *Arch. de Neurol.*, X, n° 28, juillet 1885, et *Ann. méd.-psych.*, 7e série, t. II, 1885, p. 241 ; *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 267-268.

(2) Des anomalies, des aberrations et des perversions sexuelles. Comm. à l'Acad. de Méd., *Ann. méd.-psych.*, 7e série, t. I, mai 1886, p. 447 à 472. *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 151-173.

©BIUM

centre génito-spinal. Pour les *spinaux cérébraux postérieurs*, le réflexe part de l'écorce cérébrale postérieure et aboutit à la moelle. La vue seule, l'image d'un sujet de sexe différent, quelles que soient ses qualités, qu'il soit beau ou laid, jeune ou vieux, provoque l'orgasme vénérien. C'est l'acte instinctif, purement brutal. Un troisième groupe comprend les *spinaux cérébraux antérieurs*. Le point de départ du réflexe est dans l'écorce cérébrale antérieure : c'est, comme dans l'état normal, une influence psychique qui agit sur le centre génito-spinal; mais l'idée, le penchant sont pervertis (inversion). Les *cérébraux antérieurs* sont les érotomanes, les extatiques, sans intervention de l'appétit sexuel.

En 1886, Magnan poursuit l'étude des stigmates psychiques de la dégénérescence ; il insiste sur l'hérédité similaire de ces troubles, sur les caractères généraux qui doivent les faire réunir en un même groupe, et sur la coexistence de syndromes multiples (1).

L'année 1889 est marquée par un rapport sur l'*enfance des criminels*, sur lequel on reviendra. Magnan y étudie des cas très démonstratifs de « monstruosités morales », de perversions morales et affectives, d'impulsions, qui prouvent que, de l'idiot au dégénéré supérieur, l'impulsivité est liée à une malformation cérébrale.

Lasègue avait décrit, en 1877, les *exhibitionnistes*. L'observation clinique amena Magnan, en 1890, à cette conclusion que l'exhibitionnisme n'est qu'un épisode de maladies différentes : démence sénile, paralysie générale, épilepsie, dégénérescence (2). Chez les vrais exhibitionnistes, les dégénérés impulsifs, on retrouve les

(1) *Leçons clin. sur les hérédit.*, recueillies par Legrain, 1886; in *Leçons clin. sur les mal. ment.*, 2e édit., 1893, p. 157-191. Paris, Bataille, éditeur.

(2) Des exhibitionnistes. (Soc. de méd. lég., mai 1890.) *Ann. d'hyg. publ.*, in *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 203-218.

©BIUM

caractères des syndromes de la folie héréditaire ; ceux-ci manquent, au contraire, chez les autres malades : l'acte est le même, les mobiles sont absolument différents.

Au X[e] Congrès international de médecine (Berlin, 1890), à propos de la folie du doute, Magnan refuse de considérer ce syndrome comme une espèce pathologique distincte. Il ne veut pas qu'on multiplie inutilement les espèces pathologiques. Ce qui domine dans les diverses obsessions et impulsions, ce ne sont point les phénomènes inhibitoires ou obsédants, mais bien le déséquilibre mental, substratum intellectuel sans lequel ils ne pourraient exister.

En 1892, Magnan étudie (voir ci-dessous), non plus les obsessions et impulsions inoffensives, comme l'onomatomanie, mais l'*obsession criminelle morbide* (obsessions à l'homicide, au vol, à l'incendie, etc.). Il publie encore un cas curieux de perversion sexuelle (obsession de mordre et de manger de la peau, avec autosadisme (1).

En 1894, Magnan présente un exemple curieux de synthèse clinique (2) : c'est un dégénéré chez lequel se trouvent réunis plusieurs syndromes épisodiques : impulsions à rire ou à pleurer, à aboyer, à uriner, à déchirer ou à briser, à proférer des mots injurieux, à voler. Il a en outre l'obsession du chiffre 3, la crainte du toucher, le doute, et d'autres phobies encore.

L'année suivante est marquée par la publication d'une monographie importante sur les dégénérés (3). C'est une étude d'ensemble sur l'état mental, les obses-

---

(1) Héréditaires dégénérés. Leçon recueillie par Vigouroux. *Arch. de Neurol.*, n° 69, 1892 ; in *Rech. sur les centres nerveux*, 2[e] série, p. 135-149.

(2) Dégénérescence mentale et syndromes épisodiques multiples avec délire polymorphe chez un même sujet. *Mém. Soc. Biol.*, séance du 13 janvier 1894, 5 pages.

(3) Les dégénérés ; état mental et syndromes épisodiques (avec Legrain). Bibl. Charcot-Debove. 1 vol. in-12, Paris, Rueff, 1895.

©BIUM

sions et les impulsions de ces malades ; Magnan y condense la substance des travaux publiés par lui depuis une quinzaine d'années, et précise ses conceptions avec clarté.

En 1911, revenant sur l'étude des anomalies sexuelles, Magnan fait connaître un cas curieux d'inversion chez un homme marié, pseudo-hermaphrodite féminin, atteint en outre d'un sarcome de l'ovaire. Chez ce sujet, on peut dire qu'il y avait un cerveau d'homme dans un corps de femme (1).

Nous avons fini l'exposé de l'étude si complète faite par Magnan des stigmates psychiques de la dégénérescence. Examinons maintenant ses vues sur les troubles délirants des dégénérés.

Les *délires des dégénérés* sont, parmi les conceptions de Magnan, une des plus originales : son analyse pénétrante les a séparés d'avec d'autres espèces morbides, telles que la folie intermittente et le délire chronique ; il leur a annexé nombre d'états délirants qui doivent leur revenir ; il en a décrit les caractères particuliers, l'évolution et le pronostic. Il a montré que, comme les délires de la paralysie générale tirent leurs traits caractéristiques de l'affaiblissement psychique spécial à cette affection, de même les délires des dégénérés portent l'empreinte du fond mental de ces sujets, de leur déséquilibre psychique constitutionnel. De plus, Magnan a distingué dans le groupe de ces délires diverses variétés : bouffées délirantes aiguës, polymorphes, passagères ; délires systématisés, curables également ; délires uniques, fixes et sans tendance évolutive, analogues aux idées obsédantes ; manie raisonnante,

(1) *Bull. Acad. méd.* Séance du 21 février 1911 ; 10 p., 4 grav.

©BIUM

folie morale; délires interprétatifs, délire de revendication, etc.

Esquirol avait noté brièvement que la folie héréditaire guérit, « mais les rechutes sont plus à craindre que dans la folie accidentelle ». Morel n'a pas insisté longuement sur les accès délirants de la folie héréditaire. Ses idées ne sont, sur ce chapitre important, que sommairement esquissées. On les résumera en quelques lignes pour mieux mettre en lumière les vues personnelles de Magnan.

Pour Morel, on observe dans la folie héréditaire des accès de manie de courte durée avec conservation de l'intelligence, des alternatives de dépression et d'excitation, des préoccupations hypocondriaques, la démence précoce. Les « caractères spéciaux qui distinguent la folie héréditaire sont une explosion plus subite, plus instantanée du délire, sous l'influence de la moindre cause déterminante ». Les périodes d'alternance et de rémittence (excitation, dépression, stupeur) sont mieux marquées. « La cessation subite des phénomènes délirants est en rapport avec leur instantanéité. » Parfois, « la fixité d'idées délirantes sur un même point dépasse tout ce que l'on observe dans d'autres variétés »; et Morel note l'existence de « délires orgueilleux systématiques très caractérisés ». Il distingue d'avec les délires de la folie héréditaire les folies sympathiques, la folie hypocondriaque, la folie hystérique.

Précisons, d'après Magnan, les caractères des délires de la dégénérescence. Les dégénérés n'attendent qu'un prétexte pour délirer : un choc moral suffit pour faire éclore un accès délirant ; il en est de même de certains états physiologiques (menstruation, grossesse, allaitement). Incapables de résister à l'action des toxiques qui décèlent souvent, dès les premières atteintes, un cerveau prédisposé, ces sujets sont également impuis-

©BIUM

sants à maîtriser leur besoin de s'intoxiquer. Les difficultés de l'existence, que leur faiblesse intellectuelle ou leur instabilité mentale augmente encore (la concurrence vitale tendant à les éliminer), sont pour eux une cause puissante de délire. Les maladies infectieuses, trouvant un cerveau dont la résistance est amoindrie, donnent facilement naissance à des troubles délirants d'une gravité variable. Les délires des dégénérés débutent fréquemment dans la jeunesse ou même dans l'enfance. Au point de vue symptomatique, Magnan insiste sur les particularités suivantes : apparition souvent brusque des idées délirantes (délire d'emblée), variations fréquentes dans la couleur du délire, systématisation habituellement imparfaite; absence, dans certaines formes, de troubles sensoriels; *polymorphisme* fréquent du délire, par coexistence de plusieurs conceptions délirantes de diverse nature, sa curabilité fréquente, parfois sa terminaison par une démence précoce; sa durée tantôt très brève (*bouffée délirante*), tantôt, mais plus rarement, indéfinie, sans transformation ni évolution systématique du délire (délires systématisés des dégénérés); enfin dans certains cas, délires systématiques, tenaces, fixes et persistants, à la façon d'idées obsédantes.

Les psychoses aiguës des dégénérés, comme mode d'évolution, marche, durée, caractère des manifestations délirantes, se ressentent, dit Magnan, du terrain psychopathique sur lequel elles sont greffées, sol de prédilection pour toutes les floraisons vésaniques (délire mystique, hypocondriaque, de persécution, de grandeur, etc.), qui s'y produisent d'emblée, se succèdent, se remplacent, s'enchevêtrent de mille manières, sans régularité, et qui peuvent disparaître aussi rapidement qu'elles se sont montrées.

Les diverses modalités délirantes de la folie des dégé-

©BIUM

nérés ont fait l'objet, de la part de Magnan, de nombreux mémoires et d'une série de leçons. Citons entre autres ses Leçons cliniques de 1884 et de 1886 (1) et surtout celles de 1888 et 1889 consacrées au délire des persécutés-persécuteurs et aux délires systématisés des dégénérés (2). Rappelons encore son livre le *Délire chronique* (3), dont deux chapitres traitent la même question, ainsi que ses leçons sur les *Délires systématisés dans les diverses psychoses*, dont six réservées aux délires systématisés des dégénérés (4).

La *manie raisonnante*, la *folie morale*, le *délire de revendication* font partie, pour Magnan, de la folie des dégénérés. Si la désharmonie psychique augmente, si le sujet s'exalte, tout en restant lucide, son activité infatigable aborde alors mille entreprises ; son imagination enfante, sans se lasser, des projets, des conceptions bizarres que rien ne peut arrêter, l'attention réfléchie étant impossible : le dégénéré est devenu un *maniaque raisonnant*. D'autre part, si le défaut d'équilibre entre les facultés intellectuelles et morales s'accentue, si les sentiments éthiques disparaissent complètement, la *folie morale* est constituée. *Manie raisonnante* et *folie morale* ne représentent donc que des modifications en excès de l'état mental des dégénérés. A ces deux modalités dégénératives et plus spécialement à la manie raisonnante, se rattache le délire de revendication ou *folie des persé-*

(1) Les délirants chroniques et les dégénérés. Leçon recueillie par Respaut. *Gaz. des hôp.*, 22, 26 avril 1884 ; 11 pages.
Leçons cliniques sur les héréditaires, recueillies par Legrain, *Progrès médical*, 18, 25 décembre 1886 ; 5 et 12 mars 1887. Cf. la deuxième leçon in *Leçons clin. sur les malad. ment.*, 2e édit., Paris, 1893, p. 171.
(2) *Ibid.* Cf. Septième, huitième, neuvième et dixième leçon, p. 292-358.
(3) Le délire chronique à évolution systématique. *Encycl. Leauté.* Masson, 1892 (avec P. Sérieux), p. 109-139.
(4) Leçons cliniq., etc. Paris, 1897 (recueillies par Pécharman).

©BIUM

cutés-persécuteurs (quérulants, processifs, régicides, etc.). Magnan a fait de ces revendicateurs une étude clinique et psychologique complète, insistant sur les éléments constituants de leur psychose : l'exaltation intellectuelle mise au service d'une idée obsédante (1).

Les *délires systématisés des dégénérés* offrent, au point de vue purement symptomatique, une analogie plus ou moins grande, tantôt avec le délire chronique et tantôt avec le délire d'interprétation, mais ils en diffèrent par la genèse et par l'évolution. On peut établir parmi ces psychoses systématisées deux grandes divisions, suivant que ce sont les troubles hallucinatoires qui dominent la scène et dirigent le délire (délires systématisés hallucinatoires), ou qu'au contraire la psychose est à base d'interprétations erronées, les troubles sensoriels ne jouant aucun rôle, ou un rôle très secondaire, dans la genèse et la systématisation du délire (délires interprétatifs des dégénérés). Les délires systématisés hallucinatoires reproduisent le tableau clinique du délire chronique. Ce sont les mêmes hallucinations, les mêmes altérations de la personnalité, les mêmes réticences. Après une courte période de malaise vague, les hallucinations se développent rapidement. Sous leur influence se développent et se systématisent des conceptions délirantes de persécution, de grandeur, mystiques, érotiques, hypocondriaques, etc., qui restent isolées ou se combinent entre elles.

Qu'il s'agisse de délires hallucinatoires ou interprétatifs, leur développement rapide (sans période d'incubation préalable), la complexité qu'ils atteignent en un laps de temps relativement court (quelques semaines,

(1) Les aliénés persécuteurs (en collaboration avec P. Sérieux). *Rev. génér. des sciences*, 15 décembre 1891; in *Rech. sur les cent. nerveux*, 2e série, p. 383-400.

©BIUM

quelques mois au plus), l'absence de règle et de gradation dans le mode de leur apparition, le polymorphisme des idées délirantes et la terminaison par la guérison (avec possibilité de rechute), tous ces caractères permettent de rapporter ces psychoses à leur base morbide vraie, la dégénérescence mentale. L'irrégularité des délires du dégénéré s'oppose à la marche cyclique du délire chronique. Le polymorphisme n'est jamais aussi net que dans les cas où les idées de grandeur doublent les idées de persécution. Parfois le délire de grandeur est le premier en date; le délire de persécution lui succède plus ou moins rapidement. Dans d'autres cas, le délire ambitieux paraît succéder aux idées de persécution, mais il naît brusquement. Enfin les deux systèmes peuvent naître, grandir et disparaître simultanément.

Ajoutons que Magnan a insisté à maintes reprises sur le rôle de la dégénérescence dans l'apparition de certains délires, plus ou moins systématisés, au cours de l'alcoolisme, de la paralysie générale, dans les lésions circonscrites du cerveau, etc.

La conception de Magnan, qui a complété et rectifié la doctrine de Morel, sa définition de la dégénérescence, sa description de l'état mental, des stigmates physiques, des obsessions, des impulsions et des délires des dégénérés, resteront parmi les vues les plus intéressantes de la psychiatrie du XIX^e^ siècle. On pourra y introduire quelques modifications, critiquer certaines affirmations, distinguer des variétés, soustraire à la dégénérescence quelques faits qui appartiennent peut-être à des groupements autres, mais, en dépit des retouches de détail, les grandes lignes de l'œuvre demeureront.

L'histoire des délires systématisés doit beaucoup à Magnan par sa description du *délire chronique à évolution systématique*. L'œuvre de ses devanciers n'est pas

©BIUM

négligeable, mais il était réservé au médecin de Sainte-Anne, dans cette question comme dans tant d'autres, d'introduire l'ordre et la clarté, de démêler les caractères essentiels des caractères subordonnés, de discerner l'identité au milieu des dissemblances apparentes, et réciproquement.

Les travaux d'Esquirol sur la « monomanie intellectuelle » et sur la « lypémanie », ceux de Falret père et de Jules Falret sur les « délires partiels » et leurs phases successives, enfin — et surtout — ceux de Lasègue avaient déjà retenu l'attention des cliniciens sur les délires systématisés. Le délire de persécution de Lasègue a marqué certes un progrès : il isolait un groupe de malades d'un aspect clinique caractéristique. Mais il réunissait encore des sujets disparates : les uns sont hallucinés, d'autres ne le sont pas; les uns arrivent d'emblée à l'idée systématisée de persécution, d'autres n'y aboutissent qu'après une lente préparation ; les uns guérissent, les autres sont incurables.

Morel, en 1860, classe le délire de persécution dans les folies névrosiques et le rattache à la folie hypocondriaque. Il parle, il est vrai, de persécutés qui deviennent ambitieux ; mais, pour lui, il faut qu'ils soient hypocondriaques d'abord ; or, l'hypocondrie est le plus souvent une manifestation des dégénérés. La lecture des observations rapportées par Morel montre, en effet, qu'il s'agit bien de dégénérés, apportant dans leur délire la mobilité qui les caractérise généralement : il ne s'agit point de délire chronique à évolution systématique.

Dans l'œuvre de Foville (1871), on trouve la contrepartie du délire de persécution de Lasègue. S'appropriant quelques persécutés devenus ambitieux, Foville les classe dans un nouveau cadre : la *mégalomanie*. Mais il y range encore des sujets qui, d'emblée, ont des hallucinations et des idées ambitieuses, d'autres qui

©BIUM

n'ont point d'hallucinations, d'autres chez qui le délire de grandeur précède le délire de persécution. La mégalomanie réunit donc des aliénés très différents au point de vue tant du caractère même du délire, que du début et de l'évolution de la maladie.

En résumé, les persécutés de Lasègue, les hypocondriaques de Morel, les mégalomanes de Foville ne présentent point, pour Magnan, les caractères d'espèces pathologiques à marche et à pronostic constants. Ces groupements symptomatiques ne constituent, malgré certains caractères communs apparents, qu'une mosaïque clinique qui ne donne point satisfaction aux exigences de la nosologie. Il n'en est pas de même du délire chronique, maladie nettement définie, méthodiquement régulière dans son évolution, qui frappe, en général à l'âge adulte, des sujets non dégénérés; elle parcourt quatre étapes successives dans lesquelles le malade se présente sous des dehors différents. Livré aux interprétations délirantes, il est *inquiet* à la première période, *halluciné* et *persécuté* à la seconde, *ambitieux* à la troisième, pour finir *dément* à la quatrième période. A l'inverse des dégénérés, qui, d'emblée, peuvent présenter toutes les formes du délire, ces aliénés traversent régulièrement les quatre phases de la maladie, si bien que le clinicien, en l'absence de renseignements, peut reconstituer tout le passé du délirant chronique, et indiquer sûrement les phénomènes qui se dérouleront ultérieurement. Dans le délire chronique, Magnan groupe plusieurs états considérés jusqu'ici comme des psychoses distinctes, la démonopathie, le délire de persécution, la mégalomanie, la théomanie, etc., qui ne sont que des épisodes de cette espèce pathologique. Le même malade présente donc des délires systématisés divers, suivant l'époque à laquelle on l'observe, mais ceux-ci s'offrent toujours dans un ordre déterminé.

©BIUM

Les travaux de Magnan, et les discussions qu'ils ont provoquées, ont ainsi modifié les conceptions antérieures sur les délires systématisés. Déniant toute importance à la formule de la psychose, à son aspect symptomatique, Magnan insiste sur l'importance de l'évolution, sur le fait capital de la transformation d'un délire pénible en un délire ambitieux. La simple constatation d'un délire de persécution ou d'une mégalomanie ne permet plus d'établir un diagnostic. Grâce à l'étude de l'évolution et de l'état mental antérieur, Magnan a réuni dans un groupe homogène des malades en apparence disparates.

C'est en 1877 que Magnan, décrivant le délire de persécution, insiste sur un fait « qui n'est pas rare chez les délirants chroniques », l'apparition d'idées ambitieuses quand le malade passe à la chronicité (1).

A partir de 1883, il décrit « la marche cyclique » du délire chronique; il met au premier plan « la régularité de son évolution », qui permet d'annoncer qu'un sujet, qui d'abord est persécuté, se considérera plus tard comme un chef d'Etat; s'il est tout d'abord possédé du démon, il sera dans la suite Dieu ou Antechrist. « C'est en se pénétrant ainsi de la succession des phénomènes que l'on donne au pronostic le degré de sûreté qu'il doit avoir » (2).

La même année (3), Magnan montre que les hallucinations de l'ouïe, chez le délirant chronique, peuvent varier suivant le côté : l'oreille droite, par exemple, entend des propos agréables, tandis que l'oreille gauche ne perçoit que des injures.

(1) Délire des persécutions. Leçon recueillie par Gille; *Gaz. médic.*, oct.-nov. 1877; tir. à part, 24 pages.

(2) Formes et marche du délire chronique, *Journ. de méd. et ch. pratiq.*, octobre 1883.

(3) Des hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté, *Archiv. de Neurol.*, novembre 1883; 20 pages.

©BIUM

L'année suivante (1884), il met en parallèle le délire chronique, sa marche régulière, avec la folie des héréditaires, dont l'irrégularité, comme forme et comme marche, est la caractéristique clinique (1). Dans son cours de 1886-87, il consacre une leçon au délire chronique (2). Puis viennent les importantes discussions de la Société médico-psychologique (1886-1888) qui révèlent la confusion régnant dans l'esprit de ceux qui tenaient pour la classification symptomatique des persécutés, mégalomanes, etc. Les deux communications de Magnan sont un modèle d'argumentation pressante et convaincante ; il met en évidence les lacunes des travaux de ses devanciers, dont les types pathologiques, basés presque exclusivement sur un caractère symptomatique, l'idée nette de persécution ou de grandeur, ont nécessairement englobé des faits disparates (3). Dans ces groupements de faits hétérogènes, « on chercherait vainement une marche et un pronostic pouvant se rattacher à tous les cas » et Magnan ajoute : « Il n'y a pas *une* mégalomanie..., *un* délire de persécution, mais la clinique nous enseigne qu'il y a bien réellement un délire chronique à évolution systématique. »

C'est surtout dans ses leçons de 1888 et 1889 que Magnan développe ses idées en les appuyant sur de nombreuses observations. Il insiste sur l'historique de la question, sur l'étude symptomatique, les réactions des malades, et sur l'importante question du diagnostic avec les persécutés-persécuteurs et avec les délires systématisés des dégénérés (4).

(1) Des monomanies et du délire chronique. *Thérapeut. contempor. médic.*, 4 janvier 1884.
Les délirants chroniques et les dégénérés. *Gaz. des Hôpit.*, avril 1884.
(2) Leçon recueillie par Legrain, in *Leç. clin. sur les mal. ment.*, p. 192-201.
(3) *Soc. méd. psychol.*, 26 février et 26 mars 1888, *loc. cit.*
(4) Leçons cliniques recueillies par Journiac et P. Sérieux,

©BIUM

En 1892, Magnan donne une monographie sur le *délire chronique* (1) qui résume tout son enseignement.

En 1894, et dans les années qui suivent, il continue, dans ses leçons, à démontrer la légitimité de sa conception (2). Enfin, en 1911, il publie un article résumant sa conception du délire chronique (3).

Au cours des deux premiers tiers du XIXe siècle, on a décrit, en France, des folies ayant un caractère commun, la périodicité. On fit autant d'espèces pathologiques distinctes de la manie intermittente, de la mélancolie intermittente, de la folie périodique, de la folie à double forme, de la folie circulaire, « forme véritable et naturelle », disait J.-P. Falret, des folies alternes, etc. Magnan, toujours fidèle à ses règles nosologiques, a eu le mérite de montrer, par sa synthèse intéressante de la *folie intermittente*, que ces distinctions reposaient sur des caractères secondaires et limités à une phase de la maladie, tenue à tort pour une psychose spéciale. Falret et Baillarger n'avaient décrit — magistralement d'ailleurs — qu'une période, considérée comme toute la maladie. Mais, lorsqu'on envisage les observations complètes, s'étendant sur un grand nombre d'années, les distinctions sur lesquelles sont fondées ces formes spéciales perdent leur signification : on constate que l'état maniaque, l'état mélancolique et l'intermittence

---

1 vol. 162 p., 1890; in *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, 2e édit. p. 213-375. Une partie de ces leçons ont été traduites en anglais et en allemand.

(1) Le délire chronique à évolution systématique (en collaboration avec P. Sérieux) *Encycl. scient. d. aide-mém.*, 1 vol. petit in-8°, Masson, Paris, 1892, 184 pages.

(2) Leçons cliniques sur les maladies mentales, 2e série. Leçons sur les délires systématisés dans les diverses psychoses, recueillies par Pécharman, 1 vol. 250 pages. Alcan, 1897.

(3) Le délire chronique (en collaboration avec Sérieux), in *Traité internat. de psychologie pathologique*. Paris, Alcan, 1911, t. II, p. 605-639.

©BIUM

peuvent se combiner de façons diverses ; on pourrait ainsi isoler encore bien d'autres entités cliniques. D'ailleurs ces variétés peuvent se présenter successivement chez le même malade ; on voit alors la même psychose désignée, suivant les époques où elle est observée, sous les noms de mélancolie, manie, folie périodiques, folie circulaire, et plus tard même, sous le nom de manie ou de mélancolie chroniques. En réalité, ces diverses formes ne sont que des variétés d'une seule et même espèce, des stades différents d'une seule et même maladie, la *folie intermittente*.

La folie intermittente est, pour Magnan, une espèce pathologique se traduisant par la répétition, chez un sujet à prédisposition latente, jusque-là sain d'esprit, d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs qui les réunissent, et qui les distinguent de toutes les autres espèces de psychoses. Magnan, par sa description de la folie intermittente, a, comme dans d'autres chapitres de la psychiatrie, introduit, dans l'étude des folies périodiques, l'ordre et les vues d'ensemble d'une nosologie clairvoyante.

Les conceptions de Magnan, déjà indiquées dans sa classification de 1882, sont précisées dans ses leçons de 1886-1887 (1). Mais c'est en 1890 qu'il fit connaître (2) en une belle monographie sa synthèse de la folie intermittente. Sa manière de voir a été acceptée par la plupart des auteurs contemporains. « C'est à Magnan, écrit Gilbert Ballet, que me semble revenir le mérite d'avoir eu le premier la conception nette de l'en-

(1) Leçons cliniques, 2e édit., p. 201.
(2) Communication au Congrès international de médecine, Berlin, 4-9 août 1890 ; in *Rech. centr. nerv.*, 2e série, p. 497-526.

©BIUM

tité nosologique... » et d'avoir « rapproché les unes des autres, dans une synthèse heureuse et aujourd'hui incontestée, les différentes modalités des folies intermittentes (1) ».

Pour Morel, les folies intermittentes devaient être rangées dans la folie héréditaire : « Ce sont, dit-il, les malades appartenant à la classe des aliénés héréditaires qui nous offrent les caractères les plus saillants de l'alternance, de l'intermittence, de la périodicité. » Magnan, au contraire, oppose les intermittents aux dégénérés : il se base sur l'absence des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire chez les premiers, ainsi que sur l'intégrité de l'état mental dans les périodes d'intermittence. Il admet cependant chez eux l'existence d'une prédisposition, latente pendant longtemps, plus accusée que chez les délirants chroniques, mais qui fait « sentir son intervention énergique par le développement de toute pièce et la reproduction, souvent sans cause déterminante aucune, d'accès parfois d'une intensité et d'une soudaineté étonnantes ».

L'invasion de l'accès est, en général, assez rapide, et, dans les cas où celui-ci est de courte durée, elle peut être très brusque : le malade s'est couché bien portant et se lève maniaque ou mélancolique, sans prodrome et sans cause apparente. Les premiers accès sont presque toujours des accès isolés, maniaques ou mélancoliques. Il est parfois difficile, dès le premier accès, de diagnostiquer une folie intermittente. Si la psychose se développe chez un sujet de vingt-cinq à trente-cinq ans, jusque-là sain d'esprit (ce qui écarte les héréditaires), si elle apparaît spontanément, sans cause déterminante énergique, sans période prémonitoire (ce qui écarte les

(1) Leçon d'inauguration, 7 mars 1909. *Bull. méd.*, 3 mars 1909.

©BIUM

cas de manie ou de mélancolie simples), on peut supposer un accès intermittent.

L'intermittence, c'est-à-dire l'intervalle lucide qui sépare les phases délirantes, évolue en raison inverse de l'accès : tandis que celui-ci s'allonge avec le progrès de la maladie, l'intermittence, au contraire, se raccourcit. Au début, l'intermittence, habituellement longue, s'accompagne de l'intégrité complète de l'intelligence, et le sujet reprend sa place dans la famille, son rang dans la société, sans reliquat psychique morbide; mais avec la répétition et la prolongation des accès, des modifications mentales interviennent qui peuvent tenir soit à l'accumulation des accès, soit aux progrès de l'âge.

Les accès offrent entre eux de grandes ressemblances : à chaque cycle, le sujet se présente constamment de la même manière, évoquant les mêmes souvenirs, exprimant les mêmes idées, les mêmes sentiments, et cela dans les mêmes termes.

Dans sa classification Magnan range la manie et la mélancolie parmi les « éléments simples » de la folie. Il a consacré deux leçons à la *manie* et aux *états maniaques* symptomatiques d'autres psychoses (1). La manie type (manie simple), essentielle, est une véritable entité clinique, caractérisée par l'excitation de tous les centres corticaux, avec trois degrés d'intensité : exaltation, manie aiguë, manie suraiguë. Quant à la *fureur maniaque* des anciens auteurs, c'est pour Magnan la colère du maniaque, colère provoquée par l'emploi de la camisole et des autres moyens de contention mécanique.

Les vrais maniaques sont assez rares. Ce qui est commun, au contraire, c'est d'observer des malades

(1) Leçons cliniques, 2e édit., p. 379-422.

©BIUM

ayant tout l'extérieur des maniaques, mais chez lesquels la manie n'est qu'un des aspects d'un autre mal, l'indice révélateur d'un autre désordre intellectuel. C'est à ces formes qu'il faut attacher la dénomination d'*état maniaque*. Ces manies secondaires sont à la manie franche aiguë ce que sont les états symptomatiques aux états idiopathiques. Magnan les examine chez le paralytique général, chez les cérébraux à lésion circonscrite, chez l'alcoolique, l'épileptique, l'hystérique, le dégénéré, l'intermittent. Des considérations identiques sont applicables à la mélancolie et aux *états mélancoliques symptomatiques* d'autres psychoses.

*
* *

Les pages qui précèdent ont montré en Magnan l'expérimentateur, l'anatomo-pathologiste, le clinicien, s'appliquant à analyser, avec non moins de sagacité que de ténacité, les caractères et les lésions des formes variées que lui révélait l'observation attentive des aliénés. Il nous faut insister maintenant sur son œuvre en nosologie. « L'esprit, dit Montaigne, consiste à connaître la ressemblance des choses diverses et la différence des choses semblables. » C'est là, en une définition saisissante, toute l'œuvre que se propose le nosologiste, l'idéal qu'il poursuit, et les dangers qu'il doit éviter.

C'est vers 1877 que Magnan commença de pénétrer dans un domaine par lui non encore exploré, celui des synthèses nosologiques. Cette orientation nouvelle devait être fertile en résultats. L'expérience clinique et les dons nécessaires pour cet ordre de recherches, Magnan les possédait : curiosité scientifique, talent rare d'observation, patience et perspicacité dans l'investigation, esprit de synthèse, goût de l'ordre, du classement des faits et de la systématisation des idées. Constituer

©BIUM

et définir des types cliniques authentiques, découvrir des « espèces vraiment naturelles caractérisées par un ensemble de symptômes physiques et moraux et par une marche spéciale » (J.-P. Falret), faire en psychiatrie un essai de classification naturelle, après tant de classements artificiels, établir ainsi sur des bases solides le diagnostic et le pronostic, telles furent les idées directrices de sa vie à partir de cette époque.

Si l'étude des causes et celle des lésions donnent des résultats incomparables dans la délimitation des états psychopathiques d'origine toxique et organique, il n'en est pas de même pour le grand groupe des vésanies, des psychoses essentielles, fonctionnelles. Magnan, s'il avait vu quels services peuvent rendre la méthode anatomo-clinique et la méthode expérimentale, en avait aussi mesuré les limites. Délaissant donc pour ainsi dire un domaine dont il avait exploré, avec les moyens d'investigation de l'époque, toute l'étendue, il s'adonna, avec une passion et une pénétration admirables, à l'étude séméiologique et nosologique des vésanies. Les méthodes et les disciplines qu'il avait accoutumé de suivre ne lui étaient plus alors d'aucun secours. Privé, dans ce nouvel ordre de recherches, des données de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique, il fallait suppléer à ces méthodes par l'investigation patiente des faits, par l'étude de l'étiologie et de l'évolution des psychoses. C'est ainsi que Magnan arriva à la détermination d'espèces morbides naturelles. En dix années (1882-1892), qui furent peut-être les plus fécondes de sa carrière, il expose ses conceptions nosologiques : il porte le coup de grâce aux monomanies, il ruine définitivement les classement symptomatiques, il repousse les types cliniques artificiels, ne se laisse ni séduire par des ressemblances trompeuses, ni égarer par des dissemblances apparentes. Il réclame « des synthèses cliniques à

©BIUM

caractère fixe, nettement définies, qui réunissent et groupent le plus grand nombre de faits ». C'est alors qu'il décrit avec netteté, qu'il défend avec une force rare de dialectique, les formes cliniques auxquelles son nom demeure attaché : la folie des dégénérés, le délire chronique, la folie intermittente.

Dès le début du XIXe siècle — sans remonter aux nosologistes du XVIIIe siècle — la nécessité de faire bénéficier la pathologie mentale de certaines règles de classification se fit sentir; et Pinel voulait déjà introduire en psychiatrie « l'esprit d'ordre et de recherches qui règne dans toutes les parties de l'histoire naturelle ». Mais les difficultés inhérentes à la clinique psychiatrique, la durée très longue de l'évolution de certaines psychoses, ont longtemps obligé la nosologie à se contenter de classifications purement symptomatiques. On décrivait ainsi des maladies caractérisées par la prédominance d'un symptôme : l'excitation des facultés psychiques (*manie*) ; la dépression de ces facultés (*mélancolie*) ; leur abolition (*idiotie*, si cette abolition était congénitale ; *démence*, si celle-ci était acquise). Une lésion « *partielle* », soit de l'intelligence, soit des affections, soit de la volonté, caractérisait les délires dits « *partiels* » ou *monomanies*. La couleur des conceptions délirantes servit aussi de base à la détermination de types cliniques (*délire mystique, mégalomanie, délire de persécution*, etc.). La nature des réactions fut encore invoquée (*délire des persécutés-persécuteurs*). Enfin la coexistence d'affections viscérales et de troubles psychiques avait donné naissance à un groupe très étendu, les *folies sympathiques*.

Au cours de la seconde moitié du XIXe siècle, on reconnut que ces groupements, manifestement artificiels, n'ont rien de commun avec une classification naturelle. Des analogies superficielles réunissaient dans le même

©BIUM

groupe des espèces cliniques hétérogènes ; d'autre part, trompé par des dissemblances apparentes, on répartissait dans des maladies distinctes les aspects divers d'une même psychose. Aussi, derrière les apparences symptomatiques qui, toujours au premier plan, masquent les réalités cliniques, chercha-t-on à mettre en lumière les affinités réelles des diverses formes. Et l'on y est arrivé, dans de nombreux cas, par une analyse plus complète de l'ensemble tout entier des symptômes, par une observation plus prolongée, par l'étude de l'étiologie et surtout de l'évolution.

Parchappe, en 1858, examinant les principes qui doivent régir la nosographie psychiatrique, expose sa conception des « types morbides », et montre comment la paralysie générale réunit toutes les conditions par où se révèle une espèce nosologique légitime.

C'est en 1864, un an avant que Magnan devînt son élève, que Falret père, résumant les idées exposées dans ses leçons depuis plus de trente ans, écrivait dans l'Introduction de son livre *Des maladies mentales* cette page que son élève n'a jamais oubliée : « Ce qu'il faudrait rechercher, ce serait la *marche* et les *diverses périodes* des espèces véritables de maladies mentales, encore inconnues jusqu'à ce jour, mais que l'étude attentive des phases successives de ces affections permettra de découvrir. L'idée de forme naturelle implique en effet celle d'une marche déterminée, et réciproquement l'idée d'une marche possible à prévoir suppose l'existence d'une espèce naturelle de maladie, ayant son évolution. Là réside, selon nous, le progrès le plus considérable à accomplir dans notre spécialité. » Ailleurs J.-P. Falret déclare qu'il faut « suivre les malades pendant des années ».

Son fils, Jules Falret (1860-1861) critique lui aussi les « systèmes artificiels ». Dans son examen critique

©BIUM

de la folie raisonnante il montre que ce type clinique renferme des états disparates. La discussion de la Société médico-psychologique sur la folie raisonnante eut pour résultat de révéler l'insuffisance des classifications symptomatiques.

Cependant, à l'époque où Magnan entreprit ses travaux, malgré les efforts des maîtres dont on vient de parler, malgré ceux de Morel, une nosologie paresseuse dominait nombre d'esprits. On décrivait, en se laissant prendre aux apparences, des états purement symptomatiques, comme autant d'entités morbides : délire mystique, délire érotique, folies génitales, diathésiques, etc. La description du délire de persécution avait semblé justifier ces errements. Mais Magnan devait montrer que ni le délire de persécution ni la mégalomanie ne sauraient être envisagés comme des espèces cliniques autonomes. La couleur, la formule, la cause des conceptions délirantes ne pouvaient servir de base qu'à des classements, aisés à coup sûr, mais manifestement artificiels. C'est le mérite de Magnan d'en avoir dénoncé les imperfections, et d'avoir cherché les éléments d'un groupement plus naturel en tenant compte à la fois des symptômes, des lésions, des causes et de l'évolution morbide.

Sans doute — et ceci explique la fortune des classifications symptomatiques — sans doute l'histoire de l'évolution des psychoses est hérissée de difficultés, parfois presque invincibles, puisque, si l'on peut voir évoluer une maladie infectieuse en quelques jours ou quelques semaines, en psychopathologie, pour être complètes et utilisables, telles « observations » doivent avoir été suivies durant des dizaines d'années, souvent durant la vie entière du malade. On ne saurait cependant contester l'importance attribuée à l'évolution. Et tant qu'on ne nous aura pas fait connaître des éléments

©BIUM

d'appréciation plus décisifs, nous devons continuer à tenir, avec les Lasègue, les Falret, les Magnan, la marche des maladies mentales « comme la partie certainement la plus intéressante de leur histoire ».

C'est grâce à cette méthode que les groupements anciens se sont peu à peu désagrégés. Magnan fait la synthèse de la folie intermittente. Par l'analyse des états maniaques et dépressifs symptomatiques de la paralysie générale, de la dégénérescence, de l'alcoolisme, de l'épilepsie, etc., il délimite la manie et la mélancolie essentielles. Dans l'étude des intoxications, il dissocie les intoxications complexes (absintho-alcoolisme) et il écrit l'histoire de l'absinthisme. Bien qu'élève de prédilection de Baillarger, il n'hésite pas de se séparer de son maître relativement à la monomanie, et, dans sa magistrale étude synthétique des dégénérés, il réunit dans un même groupe de nombreux syndromes considérés jusqu'alors comme autant de formes distinctes, malgré les caractères communs qui les rapprochent. Quant aux délires systématisés, dont l'homogénéité avait paru longtemps incontestable, ils se virent eux aussi fragmentés par la distinction des formes curables d'avec les incurables, des formes hallucinatoires d'avec les interprétatives, par l'isolement du délire chronique à évolution systématique et des délires systématisés des dégénérés.

Les règles d'une nosologie exigeante, capitales pour qui veut s'orienter dans le domaine des psychoses, dominent l'œuvre de Magnan. Déjà en 1877 (1), Magnan veut qu'on étudie les symptômes intellectuels dans leur ensemble (et non isolément comme le fait la méthode des aliénistes psychologues), qu'on les suive

(1) Folie puerpérale, leçon faite à l'asile Sainte-Anne. *Gaz. méd.*, mars 1877.

©BIUM

dans leur évolution successive et qu'on les subordonne les uns aux autres ; c'est ainsi qu'on « puisera dans la marche de la maladie les éléments les plus importants du diagnostic et du pronostic ».

En 1880, il étudie une question des plus intéressantes, *la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné* (1). Son mémoire est un modèle d'analyse clinique des plus fines ; avec une perspicacité singulière il fait le départ, chez un même malade, des symptômes psychiques relevant de plusieurs psychoses coexistantes. L'action convergente de l'hérédité, vésanie de l'un des ascendants, névrose convulsive de l'autre, ne se traduit pas seulement chez le descendant par des dégénérescences intellectuelles allant de la déséquilibration mentale jusqu'à l'idiotie : la manie, la mélancolie, la folie intermittente du père, l'épilepsie de la mère, et *vice versa*, peuvent exercer leur action directe sur le fils et déterminer chez lui simultanément deux psychoses similaires aux précédentes, vivant côte à côte, mais sans perdre aucun de leurs attributs. Une hérédité double donnera ainsi lieu à un être pathologique double, à un sujet, par exemple, à la fois épileptique et vésanique. La névrose convulsive se traduit par des attaques, par son délire spécial ; d'autre part, le délire vésanique avec ses conceptions tristes ou expansives, ses troubles sensoriels, conserve tous ses caractères, si bien que l'on peut faire la part de l'épilepsie et du délire vésanique. Aucun de ces délires n'est solidaire de l'autre, et ils peuvent l'un ou l'autre guérir séparément. Si tel individu, dégénéré et épileptique par droit de naissance, se livre à des abus

(1) De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné (*Arch. de Neurol.*, n° 1, juillet 1880). in *Rech. sur les centres nerveux*, 2e série, p. 407-423.

©BIUM

de boissons, il pourra créer un délire alcoolique, et se trouvera ainsi en puissance de trois espèces pathologiques distinctes, indépendantes : la folie épileptique, la folie des dégénérés, la folie alcoolique. Et Magnan prouve que ce n'est point là une hypothèse, mais bien une réalité clinique.

C'est l'habitude qu'avait Magnan d'une analyse clinique aussi serrée et aussi pénétrante qui lui permit ultérieurement de discerner dans certains délires de la paralysie générale, ou des lésions circonscrites, ou de l'alcoolisme, des états reconnaissant en réalité pour cause la dégénérescence et non les lésions ou les intoxications qui n'en étaient que le prétexte.

En 1881, son étude sur les *impulsions* est une critique des monomanies. A propos de la « monomanie du suicide », il indique que ce groupement rapproche des états qui n'ont rien de commun entre eux, tels que le suicide du mélancolique, ceux du délirant alcoolique, de l'épileptique, du paralytique, du délirant chronique, etc.

C'est en 1882 que Magnan fit connaître sa classification ; il revint sur cette question en 1888 (1). Son essai nosologique échappe aux critiques adressées à l'œuvre d'Esquirol, de Morel et d'autres. Magnan ne prétend pas à une classification systématique, purement étiologique ou purement anatomique. Il base sa classification mixte sur l'anatomie pathologique quand la chose est possible, sur l'étiologie dans d'autres cas, enfin, quand ces éléments font défaut sur la symptomatologie, sur l'évolution. Nous en rappelons les grandes lignes. Un premier groupe comprend les « aliénations accidentelles » ou « états mixtes tenant de la

(1) Rapport sur la *classification des maladies mentales*, lu à la Soc. méd.-psychol., séance du 30 juil. 1888, au nom d'une Commission composée de Magnan, Christian, Garnier; 13 pages.

©BIUM

pathologie et de la psychiatrie » : la paralysie générale, la démence sénile, les lésions cérébrales circonscrites, l'hystérie, l'épilepsie, les intoxications et le crétinisme.

Le second groupe, les psychoses constitutionnelles, se subdivise ainsi : 1° psychoses des prédisposés : manie, mélancolie, délire chronique, folie intermittente ; 2° folie des dégénérés.

Magnan critique les conceptions de Morel sur les *folies sympathiques*, la *folie hypocondriaque* et la *folie hystérique* ; il annexe une grande partie des cas qu'elles englobent à la folie des dégénérés. « La folie puerpérale n'est pas une espèce pathologique » ; l'état puerpéral n'agit qu'à titre de cause déterminante ; c'est l'hérédité qui constitue le fond même de la maladie.

On a vu que pour Magnan, à l'encontre de Morel et de Legrand du Saulle, la folie intermittente doit être nettement séparée de la folie héréditaire. Tout en accordant une importance considérable à l'hérédité, il ne voulait pas confondre la prédisposition héréditaire, qui fait sentir son influence dans tous les domaines de la psychiatrie, avec la dégénérescence : la manie, la mélancolie, la folie intermittente, le délire chronique apparaissent chez des prédisposés simples, et non chez les dégénérés.

Pour ce qui est de sa manière de voir touchant la *démence précoce*, Magnan suit J. Falret et Morel. Il semble également partager, sur la *stupeur* ou la *stupidité*, l'opinion de Morel qui considère ces états non pas comme un type particulier, mais comme une complication. Les *délires hallucinatoires aigus*, les *états de confusion* sont, d'après Magnan, des syndromes révélateurs surtout d'intoxications cérébrales, agissant à la faveur d'une prédisposition ou d'une préparation spéciales. Ils se rattachent à diverses psychoses : *folies toxiques*, *délires hystérique* et *épileptique*, *folie des dégénérés*,

©BIUM

états infectieux. Parfois ces troubles éclatent au cours de psychoses bien définies, comme la mélancolie, la manie, les délires systématisés, les diverses démences, manifestant l'épuisement ou l'intoxication des éléments nerveux (influence du surmenage, de l'inanition, de la misère physiologique, de l'insomnie). Mais ces délires hallucinatoires aigus, ces états de confusion ne représentent pas des espèces nosologiques autonomes.

Quant à la *manie raisonnante*, à la *folie morale*, au *délire des persécuteurs raisonnants*, on a vu que ces états sont rattachés par Magnan à la folie des dégénérés.

En 1883, Magnan revient sur la question de nosologie qui lui tient à cœur : « Deux méthodes, dit-il, sont en présence pour l'étude de la folie : l'une fragmente, divise le grand complexus symptomatique par lequel se traduisent les maladies de l'intelligence ; elle isole violemment un symptôme et en fait une maladie spéciale, de là les monomanies. Cette même méthode a créé les folies diathésiques et les folies basées sur des troubles fonctionnels d'un organe; par suite, on arrive à décrire une dizaine d'espèces pathologiques pour le seul appareil de la reproduction. L'autre méthode laisse au second plan les symptômes accessoires, pour s'en tenir aux caractères essentiels des différents états morbides qui viennent d'une façon naturelle se ranger dans le même groupe : l'étiologie, la marche de la maladie complètent les éléments du diagnostic (1). » Cette méthode n'accepte pas comme espèces distinctes les étapes successives d'une même psychose; mais elle essaye d'embrasser tout son ensemble, de reconstituer son passé et de prévoir son avenir. La *teneur* du délire

(1) Considérations générales sur la folie. Leçon faite à l'asile Sainte-Anne, recueillie par Dericq, *Tribune médicale*, 23 déc. 1883, et *Thérapeutique contemp. méd. et chirur.*, 28 nov. 1884.

©BIUM

ne fournit au diagnostic que de bien vagues indications. Elle est incapable de permettre un diagnostic complet. Interrogeons d'autres éléments, la *genèse* et l'*évolution* du délire (1).

Dans son allocution présidentielle à la Société médico-psychologique, en 1887, Magnan insiste de nouveau sur ces considérations : « La clinique, dit-il, a élargi son cadre;... laissant de côté la méthode de fragmentation qui morcèle les syndromes prédominants pour les élever au rang d'espèces pathologiques, la clinique embrasse aujourd'hui le complexus pathologique dans son entier.... Et dans l'étude approfondie des antécédents et de l'évolution de la maladie, nous puisons les éléments solides du diagnostic et du pronostic... »

Au Congrès international de médecine de 1900, les préoccupations nosologiques qui avaient inspiré toute l'œuvre de Magnan se font jour dans son discours présidentiel (2) : « Si au début, dit-il, les aliénistes, frappés par certains phénomènes prédominants, ont accordé à un symptôme la valeur d'une entité morbide, bientôt la détermination de la paralysie générale et l'appréciation plus exacte des différentes manifestations morbides ont marqué un notable progrès. Cette méthode clinique donne à chaque phénomène le rang qui lui revient, non seulement d'après sa forme, sa couleur, son contenu, mais surtout d'après son évolution. Elle ne décrit plus comme espèces distinctes les diverses phases d'une maladie... »

Magnan examine ensuite les résultats des doctrines nouvelles de l'infection et de l'auto-intoxication, qui ont fait naître les psychoses infectieuses, les psychoses

(1) Leçons cliniq. recueillies par Pécharman, p. 1-3.
(2) Discours présidentiel à la séance d'ouverture de la section de psychiatrie du Congrès international de médecine de Paris, 3 août 1900; tirage à part, 12 pages.

©BIUM

toxiques, enfin les psychoses diathésiques dans lesquelles infections et auto-intoxications peuvent simultanément intervenir. Ces recherches ont à ses yeux l'avantage d'attirer l'attention sur les troubles somatiques dont s'accompagne la folie, troubles « autrefois un peu trop négligés, et cette nouvelle tendance, pleinement justifiée d'ailleurs, a provoqué des applications thérapeutiques nombreuses ».

Mais qu'on prenne garde aux hypothèses et aux élans de l'imagination ! La clinique, déclare Magnan, doit nous ramener vers la réalité des faits. « Les agents infectieux, microbes et toxines, les poisons de l'économie dépendant d'une élaboration nutritive incomplète, peuvent, sans doute, provoquer certains troubles psychiques, de la confusion, de l'obtusion mentale, des amnésies..., mais ces produits sont incapables par eux-mêmes d'engendrer une psychose pure, un délire systématisé, une manie, une mélancolie, une impulsion, une obsession... Il faut, pour le développement d'une psychose, un terrain préparé, une prédisposition... Du reste, en lisant les observations de psychoses attribuées aux diathèses, aux maladies viscérales, aux infections, on est surpris du polymorphisme symptomatique dont elles s'accompagnent, et l'on comprend l'hésitation à attribuer à une même cause toxique des troubles si variés ; c'est qu'à côté du poison il y a le sujet, avec ses différents degrés de prédisposition... »

Prenant pour exemple l'intoxication alcoolique, il montre les différences qui existent entre l'accès alcoolique chez un sujet indemne de tare héréditaire et chez les dégénérés. Chez ces derniers, des troubles psychiques variés survivent à l'accès hallucinatoire simple, qui « peuvent affecter toutes les formes cliniques depuis la manie et la mélancolie, depuis les délires polymorphes les plus touffus jusqu'aux délires les plus étroitement

©BIUM

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

L'importance des recherches nosologiques de Magnan est considérable ; elles ont donné aux études psychiatriques une impulsion vigoureuse. Peut-être cependant, par appréhension d'un retour offensif des monomanies et des entités purement symptomatiques, a-t-il trop redouté « de multiplier les espèces ». S'inspirant avant tout, dans son étude des vésanies, de l'étiologie et de l'évolution, se défiant de la méthode séméiologique, Magnan a ainsi délibérément refusé d'isoler des types cliniques qu'il eût été intéressant de mettre mieux en évidence. Mais il appréhendait, en les introduisant dans la nomenclature, de les voir promus au rang d'espèces morbides.

Cependant, aujourd'hui que les classifications symptomatiques ont été condamnées définitivement, que les fausses entités ont été pourchassées, il est nécessaire de chercher à délimiter, avec plus de précision et avec plus de nuances, des formes morbides qu'une nosologie trop simpliste laisserait confondues. Le défaut capital de nos classifications, schématiques et rudimentaires, c'est de rester inadéquates à la multiplicité des variétés cliniques. Leurs cadres rigides n'ont pas la plasticité nécessaire pour se mouler sur la réalité vivante. Pourquoi n'encourager pas les essais nosologiques tentés pour isoler des types cliniques spéciaux, par exemple dans le domaine des psychoses constitutionnelles et dans celui des psychoses auto-toxiques ? On a professé une « défiance préconçue » à l'égard des essais de différenciation de formes cliniques particulières. N'a-t-on pas, cependant, en neuropathologie, en dermatologie, etc., multiplié variétés et espèces sans qu'on ait eu lieu

©BIUM

de regretter ces tentatives? Loin de voir un péril dans la multiplication des types morbides, il faut tenir cette tendance, trop décriée, comme une condition nécessaire du progrès de nos études. La sélection, la critique feront ensuite leur œuvre, en ne laissant survivre que les espèces viables. « La vérité, a dit Bacon, sort plutôt de l'erreur que de la confusion. »

* * *

Le *traitement des maladies mentales* a pris naissance dans les ténèbres de la préhistoire, il y a une dizaine de millénaires. Pour guérir son semblable du mal qui troublait sa raison, l'homme de la période néolithique, s'armant de tranchants de silex, perforait le crâne du possédé afin de donner issue au démon malfaisant qui le tourmentait. En même temps, sans doute, qu'à la trépanation on avait recours au rituel étrange de la magie et des exorcismes. Depuis ces temps reculés, il ne semble pas que le traitement curatif des maladies mentales ait fait des progrès décisifs. Bien plus, il a fallu de longs siècles pour apprendre — au prix de quelles luttes — ce qu'il importait de ne point faire. La notion du *primum non nocere* n'a jamais été plus lente à pénétrer dans les esprits.

Pendant un trop long temps, en présence des réactions dangereuses des aliénés, on se crut dans l'obligation, ou de mâter leur fureur par le fouet, les violences corporelles, systématiques ou non, les menaces, l'intimidation; il ne semblait pas qu'on pût, sans danger, se dispenser de « lier les fous » ; on les soumettait encore à une thérapeutique agressive et débilitante (émétocathartiques, saignées répétées). Pinel avait bien pu supprimer leurs chaînes de fer, mais les liens avaient persisté.

Depuis un siècle, les premiers linéaments se sont

©BIUM

dessinés d'une thérapeutique, modeste dans ses visées, mais néanmoins très utile, qui cherche à placer les malades dans les conditions les plus favorables au point de vue de l'hygiène mentale et physique. Certes, il n'y a pas lieu d'exalter cette thérapeutique purement hygiénique et symptomatique, mais il ne convient pas davantage de la dénigrer. L'œuvre réformatrice de Magnan protesterait contre cette dernière tendance, qui, en outre, justifierait les paresses, la routine, les préjugés qui régnent encore touchant la prétendue incurabilité des psychoses. Comme l'a dit Delasiauve, « on vit sur ce monstrueux préjugé, qu'il n'y a rien à faire à nos malades ». Et le résultat c'est que l'asile d'aliénés au lieu d'être considéré comme un hôpital de traitement où les malades entrent pour être soignés, et d'où près de la moitié — on l'ignore trop — sortent guéris ou améliorés, l'asile est tenu pour une prison, une léproserie où l'on séquestre à jamais, du monde des vivants, des parias dangereux.

En réalité, le traitement des psychoses aiguës nécessite de la part du médecin un traitement encore plus vigilant que celui des maladies infectieuses graves. Les indications sont à peu près les mêmes. Il faut s'occuper d'alimenter le malade d'une façon suffisante pour réparer les pertes, parfois considérables, de l'organisme, il faut surveiller les fonctions digestives et urinaires, protéger contre lui-même un sujet inconscient, parfois dangereux, lui assurer, dans le jour, le repos et, la nuit, le sommeil, dont il a besoin pour éviter l'épuisement du système nerveux. Il faut enfin prévoir, prévenir et dépister, souvent en l'absence de tout renseignement, les complications organiques qui venaient si souvent naguère mettre obstacle à la tendance naturelle de nombre de psychoses vers la guérison.

Les méthodes de traitement que l'on doit à Magnan

©BIUM

permettent de remplir ces indications. Celles-ci conserveront toujours leur importance, même lorsque les causes des maladies mentales nous seront révélées. Notre thérapeutique, devenue rationnelle, ne pourra point négliger le traitement des symptômes, ni l'hygiène de l'aliéné. Cette aurore d'une thérapeutique pathogénique, nous l'entrevoyons seulement, grâce à la transformation totale que les études de bactériologie, d'opothérapie et de sérothérapie font subir à la médecine, grâce aux découvertes de la chimie biologique. Mais ces conquêtes, qu'on pressent, n'enlèveront rien de sa valeur à l'œuvre thérapeutique de Magnan.

Décisifs ont été les progrès que Magnan a réalisés dans les soins à donner aux aliénés. Toute sa vie durant — du jour de son entrée à Sainte-Anne, marqué par la suppression des abus de la contention mécanique, jusqu'aux années qui précédèrent sa retraite, signalées par l'organisation de l'alitement — toute sa vie, il n'a cessé de s'intéresser, et de la façon la plus active, la plus passionnée, au traitement des maladies mentales. Dans un de ses premiers articles (1869) il condamne la camisole de force ; ses derniers sont consacrés à l'alitement et à la thérapeutique (1912 et 1913).

Poussé par une sympathie sincère et éclairée pour ses malades, obsédé par le souci de leur être utile, Magnan a eu le courage de prendre l'initiative de réformes hardies, la ténacité d'en poursuivre l'essai, seul contre tous ; mais il a eu aussi cette récompense de voir le triomphe des méthodes de douceur et de persuasion dont il s'était fait l'apôtre : l'Admission se transforma en un service d'hôpital ordinaire, grâce à l'application du non-restreint, à la suppression des quartiers cellulaires et « au traitement si humain, si efficace, par l'alitement, des formes aiguës de la folie ».

La camisole de force ne paraît pas d'un usage très

©BIUM

ancien. L'aliéniste écossais Cullen, dont Pinel a traduit, en 1785, les *Institutions de médecine pratique*, recommande une « chemise étroite » comme modérant la colère et la violence des fous mieux que tous les autres moyens. Pinel l'adopta. En 1809, dans les cas de « violence extrême », il dit faire usage d'une « camisole étroite et de toile forte » ; le malade est « fixé sur son lit par de forts liens qui tiennent à la partie postérieure de ce vêtement ». Mais cette contrainte doit être passagère pour « éviter les effets d'une colère concentrée ». Malgré les restrictions apportées à ces moyens par Esquirol et Marcé, on en faisait trop souvent abus.

Au cours de son internat à Bicêtre, 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. Cette impression fut sans doute l'origine de son apostolat pour le non-restreint et les méthodes de douceur. La réforme de Gardiner Hill (1838) et de Conolly (1839) en Angleterre, qui supprimèrent complètement la contention mécanique, avait trouvé en France peu de partisans, malgré les efforts de Morel (1860). Dès son arrivée à Sainte-Anne, Magnan entend substituer aux moyens de contention mécanique des méthodes moins aveugles : d'abord il supprime la fixation au lit. Puis en 1869 il condamne l'emploi de la camisole chez les délirants alcooliques et les malades fébricitants. En 1871, il inspire la thèse de Rouhier qui en signale les dangers. Il fait une description émouvante de la torture infligée aux malades par la camisole et la fixation au lit dans son article CAMISOLE paru peu après la guerre de 1870-1871. Il insiste sur les complications parfois mortelles que ces moyens pouvaient produire (1). Après une série

(1) CAMISOLE. Dictionnaire encyclopédique des sciences médi-

©BIUM

d'essais préliminaires, Magnan supprima, en 1874, la camisole, et lui substitua le *maillot*, procédé de contention qui réalisait un progrès considérable. Le « maillot de Magnan » prévenait les accidents imputables à la camisole et mettait une mesure à l'agitation désordonnée du maniaque, sans gêner la respiration ni la circulation, les bras étant fixés, allongés sur les côtés du corps. Les résultats obtenus par la suppression de la camisole se traduisirent ainsi : 8 décès pour 100 cas d'alcoolisme aigu, dans les cinq premiers jours de l'entrée, avec la camisole et la fixation au lit; — 1,30 p. 100 seulement, après l'abandon de la camisole.

Loin de se tenir pour satisfait par la suppression de la fixation au lit et l'emploi du maillot, Magnan résolut, quelques années après, de supprimer ce dernier moyen de contention : il se décida, en octobre 1878, à cesser l'emploi de toute contention, à appliquer dans toute sa rigueur la méthode du non-restreint. Dans sa communication à la Société médico-psychologique, il déclarait n'avoir eu qu'à se louer de sa tentative : il n'observait plus la fureur maniaque; les aliénés se calment dès qu'on leur enlève la camisole. Mais l'application du non-restreint nécessitait, dans un pareil service, une activité et une vigilance constantes. Magnan, Bouchereau et son interne Marcel Briand se partageaient la surveillance de jour et de nuit indispensable à cette période de tâtonnements. « Il fallait en effet, par l'exemple, soutenir le zèle et le dévouement du personnel dans l'accomplissement d'une tâche ardue qui exigeait une attention continue, inlassable, sans laquelle de graves accidents étaient inévitables. »

Cette communication fut accueillie avec scepticisme.

---

cales, avec 2 figures (sans date), in *Recherches sur les centres nerveux*, 1re série, p. 157-165.

©BIUM

On fit au novateur force objections : Comment pouvait-il se passer de la camisole en présence de malades très agités, dans les cas de tendance au suicide ou à l'homicide, dans la fureur épileptique, et comment, sans la camisole, pratiquer le cathétérisme œsophagien? La camisole, affirmait-on, était « une mesure humaine » et on disait « ne pas comprendre comment un médecin voulant soigner les malades suivant les données scientifiques pouvait laisser de côté ce moyen de traitement ». Bref, Magnan et Bouchereau restèrent seuls à défendre le non-restreint (1). Une vingtaine d'années après, les défenseurs de l'open-door (1897) et de l'alitement (1899) ne furent pas mieux accueillis par leurs collègues. Une étude curieuse serait celle de l'accueil hostile qu'ont souvent reçues — même au sein des Sociétés savantes — les idées nouvelles. Pinel, s'il avait soumis aux Sociétés médicales de l'époque son projet de suppression des chaînes des aliénés, Pinel eût-il réalisé sa réforme?

La suppression des moyens de contention mécanique condamnée, en 1880, par la majorité des aliénistes, finit cependant par s'imposer grâce à la persévérance de Magnan. Bien lier les aliénés n'était point les traiter, ce n'était même point les bien surveiller. Le nombre des prosélytes du non-restreint n'a pas cessé d'augmenter, et Magnan pouvait dire, en 1908 : « L'expérience est faite, les convictions sont établies et depuis longtemps mes anciens internes et élèves, dès qu'ils sont appelés à diriger un service, s'attachent à faire disparaître le plus promptement possible tous les moyens de contrainte. Cette méthode de traitement tend également à se propager

(1) Soc. méd.-psychol. Séances des 23 mars, 31 mai, 26 juillet, 25 octobre 1880. *Ann. méd.-psych.*, juillet, septembre et novembre 1880.

©BIUM

dans d'autres services. C'est là un progrès que je suis d'autant plus heureux de signaler qu'il y a vingt-cinq ans à peine, la camisole de force avait de nombreux panégyristes et le *non-restreint* de nombreux détracteurs. Le médecin non pourvu de camisole était blâmé pour son imprévoyance, blâmé pour le péril qu'il faisait courir à l'entourage ; on prédisait les pires accidents : mais ces accidents ne se sont pas réalisés, les actes violents, autrefois très fréquents, sont devenus... presque exceptionnels. »

« Quelles sont, disait Magnan en 1913, d'après ses partisans, les indications de la camisole? Soumettre les indociles, maîtriser les agités, prévenir les impulsifs dans leurs tentatives d'homicide et de suicide. Or l'expérience prouve que son application chez les agités n'a d'autre résultat que de les transformer en furieux. Dans le service de l'Admission, nous n'observons plus de fureur maniaque, en dehors de quelques cas rares de folie épileptique. Et cependant les malades nous arrivent toujours dans la période la plus aiguë de leur délire. Il ne serait pas difficile, d'autre part, de découvrir, dans les annales des asiles, des faits dans lesquels des aliénés camisolés ont pu se défaire de leurs liens, tuer leurs voisins ou se suicider. Ces engins mécaniques donnent donc une fausse sécurité, ils amènent un relâchement de la surveillance ; à la fois inutiles et dangereux, ils doivent être radicalement rejetés. Devant les critiques trop fondées que son usage soulève, les partisans de la camisole de force — car il en subsiste encore quelques-uns — accordent bien, il est vrai, qu'on doit en faire usage avec grande réserve, qu'on doit réduire son emploi à la simple contention des bras, entourer son application de sages précautions. Ils ne contestent donc plus sa fréquente nocivité ; ils ne la justifient qu'en la mettant sur le compte de manœuvres abusives. Or ces ma-

©BIUM

nœuvres se perpétuent infailliblement entre les mains de certains infirmiers ignorants ou paresseux; c'est un instrument qu'il faut de toute nécessité leur enlever des mains (1). »

En 1897, Magnan compléta la réforme du non-restreint par l'application aux maladies mentales aiguës et subaiguës du traitement par le lit, et par la suppression de l'isolement cellulaire. Au Congrès de médecine de 1900, Magnan insista pour que la question de l'alitement, dont il s'était fait l'apôtre en France, fût traitée : des rapports remarquables entraînèrent nombre d'indécis. Après une expérience de quinze années, Magnan fit connaître, dans une retentissante communication à l'Académie, les résultats de sa pratique de l'alitement et la technique précise de la méthode (2). Il avait réussi après quelques tâtonnements à maintenir à l'alitement, dans la salle commune, les malades les plus difficiles, les plus violents, hallucinés ou impulsifs, même les épileptiques délirants. Les chambres d'isolement demeuraient inoccupées.

On peut formuler en deux mots les indications de la *clinothérapie* : la méthode est indiquée toutes les fois qu'il est nécessaire de procurer du *repos* au cerveau et à l'organisme tout entier. Or, chez les sujets atteints de psychoses aiguës ou d'épisodes aigus au cours de psychoses chroniques, ce qui doit surtout attirer l'attention, c'est l'état d'épuisement du cerveau et de l'organisme. Ces malades sont des épuisés et des surmenés. L'alitement donne des résultats indiscutables au point de vue

(1) *Thérapeut. génér. des malad. ment.*, in *Traité de thérapeutique pratique* d'Alb. Robin (avec Sérieux), t. IV, Vigot, 1913, p. 587-629.

(2) De l'alitement (clinothérapie) dans le service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 23 juillet 1912; 15 pages.

©BIUM

de l'atténuation des symptômes les plus pénibles ; il écarte les complications physiques et psychiques ; il permet de supprimer l'isolement en cellule. La clinothérapie offre enfin l'avantage d'être applicable dans la clientèle privée comme à l'asile (bien qu'avec plus de difficulté dans le premier cas), et de n'exiger aucun dispositif spécial. Grâce à cette méthode, les délires aigus, les états maniaques et mélancoliques aigus et subaigus, les délires alcooliques s'améliorent constamment et souvent rapidement. Les suicides enfin deviennent exceptionnels.

Le traitement par le lit a encore un résultat dont l'importance était, pour Magnan, capitale. Il s'agit de la transformation complète que cette méthode apporte à la physionomie de l'asile d'aliénés. Par le seul fait de l'alitement de près de la moitié des malades, et de la suppression de l'isolement en cellule, la « garderie d'aliénés » disparaît, pour faire place à un véritable hôpital destiné au traitement des maladies mentales. Les mesures disciplinaires sont remplacées par des procédés thérapeutiques appropriés. Plus de ces quartiers d'agités, véritables « fosses aux fous », où les patients s'excitent mutuellement, et où tout examen est rendu impossible ; plus de ces quartiers cellulaires où les aliénés, isolés entre quatre murs, se dégradent rapidement ; mais des salles d'hôpital où les malades aigus qui, on ne saurait trop le répéter, ont besoin de soins aussi minutieux que ceux qu'on donne à un typhique, sont soignés au lit et peuvent ainsi être soumis à une surveillance attentive et à un examen quotidien. En raison des avantages de toute nature qu'il présente, l'alitement est appelé à prendre rang, avec la suppression des moyens de contention et de l'isolement cellulaire, avec le traitement en liberté, parmi les conquêtes les plus précieuses de la psychiatrie contemporaine.

©BIUM

L'isolement en cellule des malades agités ou dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres a longtemps été considéré comme indispensable. En réalité, cette pratique est préjudiciable à ces sujets. S'ils sont abandonnés, « oubliés », dans une chambre d'isolement, les symptômes psychiques s'aggravent par le fait même de leur séquestration : ils contractent les pires habitudes (malpropreté, gâtisme, coprophagie), deviennent insociables, farouches, et, si l'isolement se prolonge, l'état mental empire : on a alors devant les yeux des manifestations psychiques *artificielles*. La cellule, l'isolement ont fait leur œuvre. Aussi Magnan n'avait-il plus recours aux chambres d'isolement, sauf pour certains malades trop loquaces (agités de la langue), ou trop bruyants la nuit (mais sans tendances dangereuses), qui troublent le sommeil des autres dans la salle d'alitement. L'expérience montra qu'on pouvait se passer de la cellule ; expérience qui a porté sur plus de 60.000 malades reçus à l'Admission.

La thérapeutique médicamenteuse a été exposée en détail par Magnan dans ses leçons. Un des premiers en France (1889), il expérimenta le chlorhydrate d'hyoscine, montrant que ce médicament calme l'agitation maniaque dont il est en quelque sorte le spécifique (1).

En 1898, Magnan collabora au *Traité de thérapeutique appliquée* d'Albert Robin ; il y donna les articles suivants : *Notions de pathologie et de thérapeutique générale sur les maladies mentales* ; — *Traitement du délire de persécution* ; — *Traitement de la folie intermittente* (2) ; — *Traitement de l'intoxication par*

(1) *De quelques applications du chlorhydrate d'hyoscine* (communication à la Soc. de Biol., juillet 1889). En collaboration avec Lwoff.

(2) *Traité de thérapeutique appliquée,* Fascicule des maladies

©BIUM

l'alcool et *Traitement de l'intoxication par l'éther* (1).

En 1913, il fit paraître une série d'articles sur le traitement des maladies mentales dans la seconde édition du *Traité de thérapeutique pratique* du professeur A. Robin. Dans le traitement de l'intoxication par l'alcool (2), qu'il avait déjà étudié avec soin en 1874 dans son livre de l'*Alcoolisme*, il examine successivement le traitement de l'ivresse, du délire alcoolique simple, du delirium tremens fébrile, des habitudes d'intempérance, de l'alcoolisme chronique et de la dipsomanie. Il termine par des considérations sur la prophylaxie de l'alcoolisme. 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 façon absolue la camisole et l'isolement en cellule. « La présence continue d'infirmiers rassure les malades, les rappelle à la réalité, tout en favorisant une surveillance constante, qui est indispensable. Les avantages de l'alitement se font sentir surtout la nuit. Le délire alcoolique, fait presque entièrement d'illusions, d'hallucinations, s'exagère dès que le sujet, isolé dans l'obscurité, ne perçoit plus de sensations extérieures. Au contraire, ces perceptions illusoires s'amendent par l'apparition, dans les centres sensoriels, d'images extérieures nettement dessinées ; celles-ci, en rapport avec la réalité des faits, plus fixes, plus vivaces, se substituent aux images maladives, toujours mobiles, et ne tardent pas à changer le cours des idées délirantes. Si les hallucinations se

---

mentales, 1 vol. in-8°, Paris, Rueff, éditeur, 1898, p. 1-69, 134-156, 205-222 (en collaboration avec Pécharman).

(1) *Ibid. Traitement de l'intoxication par l'alcool*, p. 125-162 ; *Traitement de l'intoxication par l'éther*, p. 163-165 (en collaboration avec P. Sérieux).

(2) *Traité de thérapeutique pratique*, Paris, Vigot, édit., 1913, t. III, p. 691-709 (en collaboration avec P. Sérieux).

©BIUM

montrent actives, pressantes, on éclaire largement la salle. La vive clarté, les paroles bienveillantes des veilleurs ne tardent pas à rassurer le malade. Ses yeux perçoivent nettement tous les objets, il n'y a plus d'ombres, plus d'images douteuses ; comme en plein jour, il se calme, rassuré par la substitution aux hallucinations des excitations normales des sens : objets bien éclairés, paroles distinctes, interpellations pressantes et intervention de l'entourage, etc. »

Magnan a consacré également deux articles au *Traitement de l'intoxication par l'éther* (1) et de l'*intoxication chronique par la cocaïne* (2). Un important chapitre est réservé à la *Thérapeutique générale des maladies mentales* (3) : traitement des psychoses aiguës (avec la technique de l'alitement), traitement moral, traitement de l'excitation maniaque, des états dépressifs ; traitement des psychoses chroniques (travail, open door) ; prophylaxie des maladies mentales. Une autre série de chapitres est consacrée au *traitement des délires systématisés* (4) : délire chronique à évolution systématique, délire d'interprétation, délire de revendication, délires systématisés des dégénérés. Enfin, dans un autre article (5), Magnan étudie le *traitement de la folie intermittente*.

(*A suivre.*)

---

(1) T. III, p. 709-710 (en collaboration avec P. Sérieux).
(2) T. III, p. 711-713 (avec P. Sérieux).
(3) T. IV. p. 587-629 (avec P. Sérieux.
(4) T. IV, p. 652-661 (avec P. Sérieux).
(5) T. IV, p. 690-696, (avec P. Sérieux).

©BIUM

Pathologie.

LES QUANTITÉS MENTALES

ET LA HIÉRARCHIE DES DÉLIRES

Par les Drs DEZWARTE et Marguerite JANNIN

Médecin en chef, Médecin adjoint par intérim
à l'asile de Maréville.

L'idée que nous allons essayer d'exposer dans cet article existe déjà en réalité dans l'esprit de tous les psychiatres, car c'est évidemment un truisme que d'ajouter au mot bien connu : ne délire pas qui veut, celui-ci : on délire avec ce qu'on a.

Il ne faut pas oublier, en effet, qu'en clinique mentale, c'est la notion du terrain, de la constitution psychique qui prime tout, suivant la formule exprimée par Falret : « C'est l'individualité maladive qu'il faut s'attacher à caractériser. »

Or, comment caractériser justement cette individualité maladive, quand il s'agit d'affections mentales, autrement qu'en partant de la constitution psychique du sujet, après avoir pris comme mesure et comme point de comparaison le niveau intellectuel moyen de l'homme ordinaire que chacun est apte à reconnaître comme tel, pour calculer de là la hauteur du niveau mental d'un sujet, au-dessus pour l'individualité supérieure, au contraire, l'abaissement de ce même niveau moyen pris comme étalon, quand il s'agit d'un individu débile.

©BIUM

On ne voit pas, en effet, comment il serait possible de se rendre raison en psychiatrie d'un malade pris en particulier, d'une autre façon qu'en prenant pour base la notion de sa quantité mentale originaire, et cela est si vrai que, malgré cette opinion de La Bruyère que nous connaissons mal encore les différents caractères normaux entre lesquels se partagent les hommes, le bon sens cependant se résout communément à diviser ces caractères humains, d'abord évidemment d'après le trait individuel le plus saillant et la passion dominante qui fait le fond de la nature de chacun des hommes, mais encore à l'aide de vocables qui indiquent nettement la quantité intellectuelle des individus.

Prenons par exemple une passion : l'orgueil ; l'homme d'un type moyen sera *orgueilleux* ; le débile mental est simplement un *vaniteux* ; l'individu supérieur s'élève au-dessus de l'orgueilleux et devient alors un orgueilleux actif, il est un *ambitieux*.

Pense-t-on maintenant que ces trois individus, chacun d'eux venant à sombrer dans la folie, ne se différencieront pas dans l'expression de leur délire? — La clinique mentale répond aussitôt par l'affirmative : la vanité de la débile, que nous voyons être satisfaite avec un ruban posé dans les cheveux ou après qu'elle s'est affublée d'oripeaux voyants ou ridicules, est bien éloignée évidemment de la transformation de la personnalité qui existera chez l'individu supérieur lorsque, arrivé à la conclusion de son délire, il se prendra pour le Christ, Napoléon, ou tel autre personnage d'une puissance légendaire. On pourrait répondre ici que la vanité de la débile mentale peut se traduire autrement que par son attitude satisfaite et le désir d'attirer l'attention par les détails de son costume.

Chaque jour, en effet, nous voyons venir dans les asiles des malades d'une mentalité nettement inférieure

©BIUM

et qui se montrent cependant disposés à penser qu'ils sont chargés de quelque haute mission politique ou divine ; ou bien qui croient représenter quelque personnage de l'histoire, tel par exemple que Jeanne d'Arc. Mais, tout justement, c'est encore en se plaçant au point de vue de la quantité mentale originaire de chacun de ces aliénés qu'on pourra formuler le diagnostic et le pronostic de leur affection. Car aucune confusion ne peut s'établir entre la bouffée délirante du débile dont la pauvreté du fonds mental apparaît à la moindre contradiction qu'on lui oppose et la cristallisation d'une personnalité nouvelle, appuyée sur une logique parfois déconcertante d'un délirant systématique ambitieux, parvenu après des réflexions prolongées à la conviction définitive qu'il est un grand personnage.

Quelle différence, encore une fois, entre la bouffée délirante du débile, qui crève au bout d'un temps toujours assez court, pareille à une bulle de savon colorée et fragile, et la transformation complète du mégalomaniaque dont l'attitude, la démarche, le costume, le fond des discours et tous les actes enfin sont le résultat d'une véritable composition réfléchie du personnage nouveau qu'il s'agit, pour le délirant, de représenter.

Comme tous nos collègues des asiles, nous pouvons citer des exemples de pareils malades. L'un de nous a observé à l'Asile de Château-Picon, dans le service de M. Anglade, une femme d'une intelligence supérieure qui, convaincue d'une parenté imaginaire avec François-Joseph d'Autriche, se mit à porter des vêtements de deuil dès qu'elle eut appris, par la voie des journaux, la nouvelle de sa mort. Cette malade, d'un rang social élevé, réfutait avec un esprit acerbe et ironique les objections qui lui étaient faites à sa prétendue parenté, et elle traversait les quartiers et les cours, se faisant un visage en harmonie avec son chagrin, très courroucée

©BIUM

d'ailleurs de ne pas recevoir, à l'occasion de ce deuil, les condoléances qui lui semblaient être dues.

Cette dame, très cultivée et polyglotte, assemblait autour d'elle d'autres malades qu'elle choisissait bien parmi celles dont le niveau intellectuel était faible et qui jouaient vis-à-vis d'elle le rôle de dames d'honneur. Elle s'avançait impérialement au milieu d'elles, leur donnant sa main à baiser et répondant à leur salut par de majestueuses révérences.

Continuant son personnage, elle offrait à l'entourage les bons offices de ses hautes relations, proposant à celle-ci d'épouser un grand-duc, à celui-là de lui donner en mariage quelque princesse héritière d'un royaume. Enfin, l'entourage lui-même s'était métamorphosé : elle reconnaissait autour d'elle des personnages princiers, auxquels elle parlait de leur parenté qu'elle semblait avoir étudiée en détail dans le Gotha.

Le pronostic d'une pareille affection est l'incurabilité suivie de démence ; le diagnostic en repose tout entier sur la quantité mentale originaire, fort différente évidemment de celle des débiles dont nous parlions tout à l'heure et qui éclatent de rire eux-mêmes lorsque, une fois guéris de leurs troubles passagers, on vient à leur rappeler leurs propos délirants absurdes et le nom du personnage qu'ils avaient cru être un moment. C'est la notion de l'individualité maladive qui reparaît dans ces exemples, et celle-ci est caractérisée par la quantité mentale originaire de chaque malade observé.

Pour reprendre notre exemple de l'orgueil-passion comme une cause déterminante possible d'états mentaux anormaux, nous pouvons montrer que, pour cette seule passion, le langage courant a su différencier de nombreuses catégories d'individus dont chacun est pour ainsi dire une désinence, comme une déclinaison du type primordial de l'orgueilleux. Cette nomenclature

GBIUM

est intéressante à ce point de vue que chaque étiquette du type orgueil convient à une catégorie particulière d'hommes dont le terme qui leur est ainsi attribué représente une quantité mentale dosée par le langage commun avec une subtilité singulière.

Ainsi donc, nous allons le voir, le langage courant ne s'est pas mépris sur l'attribution d'une quantité mentale qu'il y a lieu de reconnaître à chaque individu comme la meilleure manière de le qualifier.

La preuve en est qu'à côté de l'orgueilleux, du vaniteux et de l'ambitieux, dont nous avons parlé déjà, se trouvent encore l'avantageux, le fat, le glorieux; l'homme fier, l'homme arrogant font apercevoir enfin d'autres nuances qui évoquent devant notre esprit des personnalités différentes.

Aucun de nous, d'ailleurs, ne se méprend sur la valeur de ces termes dont chacun correspond à un niveau mental particulier qui n'a pas échappé, encore une fois, au sens commun des hommes qui ont organisé ce langage.

La démonstration en est facile : on pourra dire d'un homme jeune, même s'adressant à lui, et comme une manière de le plaisanter, qu'il est un avantageux, car un homme jeune peut se montrer tel sans cesser cependant d'être sympathique et sans que cette qualification diminue en rien la valeur intellectuelle qu'on lui attribue ; même celui qui montre un trop grand empressement à plaire acceptera en souriant le reproche d'être un fat, mais personne, par contre, ne considérera autrement que comme une insulte d'être traité de vaniteux ou encore de vantard, par la raison que ces deux espèces sont au plus bas de l'échelle des orgueilleux; tandis que l'orgueilleux qui *se croit* quelque chose, peut être en effet quelque chose, le vaniteux et le vantard *veulent paraître quelque chose* qu'ils ne sont jamais. Tous les

©BIUM

deux sont des imbéciles ; ils manquent complètement de jugement et c'est ici le cas de rappeler la phrase de La Bruyère : « Tout le monde se plaint de sa mémoire, mais personne de son jugement. » De même encore on peut dire d'un homme sans le froisser beaucoup qu'il est fier, mais personne n'acceptera d'être taxé d'arrogance, parce que l'arrogance est la marque d'un manque d'esprit.

On voit donc, encore une fois, que le sens commun ne s'est pas mépris quand il a voulu différencier les caractères des hommes en prenant pour base de sa classification la mesure de leur niveau mental.

A notre avis, c'est de cette mesure qu'il faudra se servir pour classer les types morbides, en imitation de ce qu'a fait, pour les hommes normaux, le langage de tous, et nous essaierons de montrer que l'expression nosologique est insuffisante à établir le pronostic si elle ne s'appuie pas sur la notion de l'individualité maladive qui est, elle, caractérisée par la quantité mentale originaire. Cette quantité sert de guide pour établir le diagnostic et le pronostic de l'affection mentale; comme nous l'avons déjà dit au début de notre article, son importance n'a pas échappé aux psychiatres.

C'est ainsi que M. Rogues de Fursac, dans son Traité de psychiatrie, venant à parler de la folie raisonnante (délire des persécutés persécuteurs, paranoïa), commence ainsi : « Un instituteur, homme d'intelligence moyenne... »

Il y aurait donc, dans le cadre des espèces nosologiques actuellement classées en psychiatrie, des affections mentales particulières à chacun des trois types généraux humains : le supérieur, le moyen et le débile? Nous le croyons avec nos collègues, car M. René Masselon, de son côté, dans un article consacré à l'étude du délire chronique systématique décrit par M. Magnan,

©BIUM

avait fait observer déjà que ce délire démontrait chez l'individu qui en était atteint « l'existence de fortes facultés syllogistiques ».

En même temps, on peut faire remarquer, en se servant des observations présentées par M. Magnan lui-même comme des observations-types, qu'il s'agit toujours, chez les délirants chroniques à évolution systématique, de malades chez lesquels l'invasion de la folie ne se produit qu'à un âge bien au-dessus de la moyenne, cela à la différence des dégénérés qui délirent dans le jeune âge, ce qui semble démontrer, chez les délirants chroniques, l'existence d'un cerveau supérieur et plus en état par suite d'opposer une plus longue résistance à la folie. Chez ces mêmes malades, encore, en dehors de la notion de l'existence de fortes facultés syllogistiques, pour reprendre l'expression de M. Masselon, la valeur cérébrale native est aussi prouvée par la résistance à la démence qui peut être chez eux indéfiniment reculée.

M. Masselon, dans la conclusion de l'article précité, se demande si, d'après les caractéristiques du délire chronique systématique, il n'y aurait pas lieu de placer ce délire à un niveau au-dessus de la démence paranoïde.

Sans envisager ce point de vue, nous dirons qu'il est évident que M. Masselon avait déjà entrevu la question de la gradation des délires.

Et suivant cette idée, nous ajouterons que nous avons remarqué, avec Rogues de Fursac, que la paranoïa, envisagée à son tour, est le type de l'affection mentale réservé aux mentalités moyennes.

On connaît les deux pôles de la cérébralité paranoïaque : Méfiance, Orgueil.

Or, on sait que ces deux sentiments ne sont pas précisément des attributs d'une mentalité supérieure ; de fait, c'est chez les cerveaux moyens que, pour notre

©BIUM

part aussi, nous avons rencontré la paranoïa ; en dehors de l'instituteur donné comme type de cette affection par Rogues de Fursac, c'est chez des gendarmes, douaniers, petits employés des postes, etc., que nous avons rencontré cette forme de délire.

Pourtant, une idée plus importante et d'un ordre plus général doit être examinée ici, car le cadre des espèces nosologiques classées se montre souvent peu solide et éclate journellement devant l'observation des faits cliniques.

Moins heureux que les photographes, les médecins aliénistes ne sont pas encore tombés d'accord « sur un pas de vis international du Congrès » et il n'existe pas aujourd'hui de vis micrométrique permettant de mesurer exactement le sens de la terminologie des délires : on peut dire que les discussions des psychiatres réunis en Congrès ont été quelquefois la démonstration de ce fait.

En réalité, c'est en se basant toujours sur les quantités intellectuelles individuelles qu'il conviendra de mesurer la valeur de la terminologie délirante, et l'étiquette de manie, par exemple, est tout à fait insuffisante si elle n'est pas subordonnée à la connaissance de la constitution biologique de l'individu observé.

Cette même vue a d'ailleurs été exposée par M. Séglas dans un article « sur les accès maniaques chez les débiles » paru dans les *Annales médico-psychologiques* en 1914.

Ainsi que s'exprime M. Séglas, à la pensée duquel nous nous rallions entièrement, « ce qui importe avant tout, c'est la détermination du terrain individuel ; on risque de tomber dans l'erreur en voulant créer des espèces nosologiques d'après une symptomatologie prétendue spécifique, sans faire la part respective de l'accident et du terrain ».

En conclusion de son article, M. Séglas est « amené

©BIUM

à se demander si la manie improductive, par exemple, ne s'expliquerait d'une façon toute simple par la débilité mentale, par la nature du terrain qui n'a jamais pu rien produire et dont la pauvreté n'est que mieux mise en lumière par l'éclosion de la manie ». Pour nous, nous sommes persuadés de la justesse de cette idée ; celle-ci n'a d'ailleurs rien qui doive étonner puisque, en définitive, elle revient seulement à exprimer, sous une autre forme, le mot connu : « il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ». Toutefois, le point sur lequel, on l'a vu déjà, nous désirons insister ici, est la nécessité d'étudier plus spécialement peut-être qu'on ne l'a fait jusqu'à présent la *constitution mentale primitive* de chaque aliéné, de même que le médecin qui vient à soigner, par exemple, un pneumonique, ne pourra formuler le pronostic de l'affection qu'en étudiant la *constitution physique* antérieure de son malade : pneumonie évoluant chez un alcoolique, un diabétique ou un cardiaque.

Loin de nous cependant la prétention d'émettre ici une idée originale et on pourrait tout de suite nous opposer que les psychiatres se sont occupés de tout temps de rechercher les antécédents héréditaires et personnels de leurs malades.

Mais, pourrons-nous dire à notre tour : les antécédents héréditaires, quelque lourds qu'ils puissent être, ne pèsent pas toujours proportionnellement sur l'avenir d'un taré, et c'est ainsi que M. Magnan avait cru voir que le délire systématisé chronique n'éclate jamais sur un terrain chargé de stigmates psychopathiques.

Bien que cette manière de voir ait pu être controversée, il n'en reste pas moins cependant que l'on peut « s'évader », comme on l'a dit, de son hérédité.

Les antécédents personnels, au point de vue du pronostic, qui reste toujours l'élément le plus important, ne sont pas tout, eux non plus ; ce qui prédomine, sui-

©BIUM

vant notre point de vue, est la recherche de la quantité mentale originaire individuelle. Car c'est l'état antérieur à l'invasion de la folie qu'il s'agit de déterminer et non pas le fonds intellectuel que l'on constate chez l'individu devenu malade : le fonds mental de ce malade peut être apparemment conservé, alors qu'en réalité, s'il s'agit d'un individu auparavant doué d'une intelligence au-dessus de la moyenne, il existera déjà chez lui un déficit mental considérable. Or, c'est justement l'écart entre la quantité intellectuelle d'autrefois et celle plus ou moins grande encore qui peut être constatée dans le temps de l'observation, qui donne la clef du pronostic ; d'autre part, ce pronostic sera d'autant plus sombre que cet écart sera plus grand.

Nous pouvons donner ici, comme exemple, des observations cliniques dans lesquelles la seule notion de la situation sociale acquise des malades (celle-ci impliquant l'existence de facultés intellectuelles au-dessus de la moyenne), rapprochée de l'état mental du malade à l'asile, a suffi à faire poser le diagnostic et le pronostic de leur affection, malgré le début brusque et récent des troubles mentaux.

Il s'agit, dans le premier cas, *d'un ingénieur* d'un esprit brillant, amené à l'asile de Maréville à la suite d'actes extravagants commis dans une église.

Malgré l'assurance d'un état normal conservé jusqu'au dernier jour, selon la déclaration du père et de la mère du malade qui habitaient avec leur fils, lequel avait d'ailleurs conservé ses fonctions jusqu'au dernier moment, et malgré aussi l'avis du médecin-traitant qui avait porté un pronostic favorable, nous pensâmes, au contraire, en face d'une diminution de la quantité mentale à l'arrivée (diminution qui apparaissait considérable, si on la rapprochait de la notion de l'emploi auquel ce malade avait su parvenir), nous pensâmes, disons-nous, qu'il s'agissait bien d'un déficit mental définitif et nous portâmes le diagnostic de démence précoce.

Dans la persuasion où nous étions d'ailleurs que les troubles

©BIUM

mentaux remontaient déjà, malgré les apparences, à une date éloignée, les parents, sur notre demande, se livrèrent à des recherches parmi les papiers de leur fils, et, dès le lendemain, ils nous apportaient des écrits manifestement délirants dont la date remontait déjà à plus d'une année.

Peu de jours après, le diagnostic de démence précoce était définitivement confirmé par des lettres que le jeune ingénieur avait écrites à l'asile. La première de ces lettres commençait ainsi : S. v. o. t. h. V. M. q. o. n. j. o. d., etc., et, au-dessous de ces lettres ainsi séparées chacune par un point, se trouvait, recopiée à trois reprises successives, la prière suivante : Souvenez-vous, ô très heureuse Vierge Marie, qu'on n'a jamais ouï dire, etc.

Comme on le voit, les lettres écrites d'abord et séparées par un point, étaient la première de chacun des mots de la prière retranscrite ensuite trois fois.

La seconde lettre, écrite par le jeune ingénieur à sa sœur, était d'un contenu au contraire très correct, mais elle se terminait brusquement par cette phrase : « Quand auras-tu fini de me faire monter à l'échelle? » Au-dessous de ce dernier mot se trouvait le dessin d'une échelle très patiemment exécutée dans tous ses détails.

Encore une fois, avec ces deux écrits, le diagnostic que nous avions posé d'abord devenait certain. Il s'agissait de stéréotypies de l'écriture caractéristiques de la démence précoce.

La seconde observation que nous voulons présenter a trait à un médecin chez lequel les troubles mentaux avaient débuté d'une façon banale par les symptômes classiques d'un état confusionnel aigu. Mais, après quelques jours d'excitation, le calme s'étant rétabli, il nous fut possible, en envisageant seulement la profession du malade, de nous rendre compte, malgré des allures correctes conservées, qu'il existait en réalité un écart considérable entre l'homme que nous avions devant les yeux et celui qu'il avait dû être autrefois.

Un matin, un acte apparut qui mit en pleine lumière le déficit intellectuel : dans sa chambre, le jeune docteur, qui s'était complètement dévêtu. avait rangé soigneusement l'une après l'autre sur le plancher chacune des pièces de son vêtement, comme s'il avait voulu figurer un mannequin. Cette disposition

©BIUM

indiquait de la part du malade un arrangement patient et le fait qu'il avait pu passer ainsi un long moment à suivre une idée dans l'élaboration d'un acte évidemment absurde chez un homme d'une mentalité élevée, nous confirma dans l'idée d'une démence précoce dont le cours ultérieur de la maladie a rendu aujourd'hui certaine la prévision.

C'est une fois de plus la notion de la quantité mentale antérieure qui nous avait guidés, car un acte aussi absurde, explicable chez un débile mental originaire, prenait au contraire une signification des plus fâcheuses dès lors qu'il s'agissait d'un médecin.

Dans un article sur les psychoses imaginatives aiguës, paru dans les *Annales médico-psychologiques*, en août 1914, MM. Dupré et Logre rappelaient les paroles de Chauffard dans sa conférence au Congrès de Londres, sur le Pronostic :

« Il faut que notre analyse essaie de dissocier l'infinie complexité des mécanismes pathogéniques, l'enchaînement des actions et des réactions secondaires, et nous ne pouvons, sur un cas donné, porter une conclusion pronostique qu'en tenant compte de tous ces facteurs. » Le secret du problème clinique et pronostique, avaient dit auparavant les mêmes auteurs, gît dans l'analyse exacte et minutieuse des éléments constitutifs de la situation pathologique. Poursuivant notre vue, nous dirons, nous : l'analyse exacte et minutieuse des éléments constitutifs de la quantité mentale.

Comment donc apprécier cette quantité mentale originaire et sur quelles données nous appuierons-nous pour en calculer les éléments? C'est ce que nous allons essayer de dire.

D'abord, de toute évidence, s'il s'agit d'un malade déjà parvenu à l'âge adulte, il sera nécessaire d'étudier avec détails son *curriculum vitæ*. Les Administrations ne se trompent pas à ce point de vue pour apprécier le

©BIUM

coefficient mental et son *curriculum vitæ*, rédigé par lui, figure au dossier que chaque candidat doit fournir en vue du concours auquel il se présente.

On peut ainsi se rendre compte des qualités intellectuelles natives du candidat et apprécier son jugement.

Plus tard, s'il s'agit d'un individu déjà parvenu à se créer une situation, le niveau social auquel il se sera élevé permettra de juger de ses capacités intellectuelles. Ce niveau social est naturellement très important au point de vue du développement d'un délire postérieur, car il est évident que telle idée absurde, acceptable chez un paysan ou un ouvrier, ne le sera plus pour un ingénieur, un avocat ou un médecin.

Ce même développement intellectuel acquis aura une importance considérable dans l'établissement du diagnostic et du pronostic d'une maladie mentale.

Afin de matérialiser cette idée, citons un exemple : Récemment, l'un de nous recevait un commandant d'artillerie venu à l'asile pour y visiter un de ses soldats. Au cours de la conversation, ce commandant nous demanda si, depuis le début des événements, nous avions constaté un grand nombre de simulateurs, et il se montra étonné de la réponse négative que reçut sa question.

Cependant, nous dit-il, si je venais à vous déclarer que je suis le fils de Napoléon, comment vous serait-il possible de reconnaître si je cherche à vous tromper ou si, au contraire, je suis effectivement un malade?

Nous lui répondîmes alors : L'idée qu'on est le fils de Napoléon est une idée manifestement absurde qui ne peut naître nécessairement que dans un cerveau gravement atteint, soit originairement, soit par un déficit postérieur de l'intelligence. Or, vous êtes âgé de 40 ans, commandant d'artillerie et sorti de l'Ecole polytechnique. Il ne peut s'agir évidemment chez vous, d'une débi-

©BIUM

lité mentale native, ni, à votre âge, d'un état juvénile de démence appelé démence précoce. Il resterait donc que l'idée absurde que vous mentionnez fût le résultat d'une excitation cérébrale due à l'intoxication alcoolique, à la manie ou à la paralysie générale. Or, ces états se traduisent par des troubles organiques et mentaux que je m'empresserais de rechercher chez vous ; ne les trouvant pas, je déclarerais que vous êtes un simulateur.

Il n'y a là certainement qu'un schéma, mais nous avons voulu montrer, par cet exemple, l'utilité pratique de la connaissance de la quantité mentale antérieure en psychiatrie. D'autre part, plus la quantité mentale originaire d'un malade sera élevée et plus sombre sera en général le pronostic (exception faite pour certains intermittents, à accès assez éloignés, qui n'arrivent pas à la démence). Car, pour répéter sous une autre forme une idée déjà exprimée ici, l'individu inférieur sera plus ou moins resté avec un système nerveux « à voies courtes » ; chez lui donc, l'invasion de la folie se traduira surtout par des manifestations de mouvements, par de l'excitation simple; tandis qu'au contraire, dans le cas d'une individualité supérieure (individu à voies longues), la folie atteindra le cerveau et créera le délire. Or, il est évidemment moins grave de délirer avec sa moelle que de délirer avec son cerveau.

Pour en revenir encore à la notion d'une situation sociale acquise, prise comme point de repère pour établir le diagnostic et le pronostic d'un cas, rappelons le mot de Lasègue : « En aliénation mentale, toute étude qui ne remonte pas au delà du fait actuel et qui n'embrasse pas la biographie cérébrale du malade est à rejeter. » En dehors de la situation sociale acquise, il existe d'autres points de repère pour établir le quantum mental. Le premier est tiré de la nature des hallucinations qui peuvent faire partie du cas à envisager.

©BIUM

Car, de même qu'apparaît une hiérarchie des intelligences, il existe aussi une hiérarchie sensorielle, ce qu'il est possible d'apercevoir en suivant l'ordre de l'éveil des sens chez l'enfant.

Chez l'enfant, c'est le sens de la vue qui s'éveille le premier ; on connaît le vers célèbre : *Incipe, parve puer, risu cognoscere matrem.* « L'enfant, avant de différencier le son de la voix de sa mère, la reconnaît à son sourire. » Il n'est donc pas étonnant que le sens de la vue soit à la base des troubles hallucinatoires que l'on constate chez les débiles, lesquels restent par essence des visuels : ils ont des visions. Rien n'est plus commun que le cas de la débile qui croit avoir vu la Sainte Vierge.

L'imagination aidant, cette prépondérance du sens de la vue explique l'association si fréquente du délire mystique avec la débilité mentale et la facilité de cette mise en jeu de l'imagination nous servira de transition pour indiquer un autre moyen encore d'étudier la quantité mentale des malades. Faute de mieux, on le sait, l'intelligence humaine est restée jusqu'ici divisée en facultés et ces facultés, elles encore, ont une gradation : au plus bas de celle-ci se trouve l'imagination; au point le plus élevé, au contraire, se place le jugement.

L'imagination est certainement une faculté inférieure ; on sait avec quelle facilité elle entre en action chez les enfants qui aiment les contes extraordinaires, que l'on voit jouer avec un sérieux imperturbable au voleur, au soldat, au loup, etc. Dans ces différents jeux, la personnalité de l'enfant se prend tout entière : il est emporté par son rôle et joue avec une telle conviction qu'il arrive souvent que des coups sont échangés.

La clinique permet de reconnaître, d'autre part, que cette faculté inférieure, ainsi qu'on pouvait s'y attendre, se rencontre dans les délires des débiles ; le délire d'ima-

©BIUM

gination isolé par M. Dupré en est la preuve. Il s'agit, dans les cas-types, de bouffées délirantes qui éclatent, ainsi que l'a écrit l'auteur, sans aucun substratum étiologique saisissable et qui apparaissent comme des manifestations paroxystiques de la constitution mythomaniaque ; le seul substratum étiologique saisissable est le fonds de débilité mentale. « Tous ces processus morbides, dit M. Dupré, évoluent presque toujours sur un fonds de débilité mentale plus ou moins manifeste. »

« La débilité mentale, en effet, apparaît presque comme une condition indispensable au développement et à la persistance de la conception si fausse et si contradictoire et étrangère à toute réalité. »

Il ne pouvait en être autrement *a priori*, l'imagination étant la faculté inférieure ; c'est elle qui apparaît dans les rêves, dans l'onirisme, lorsque le cerveau vient à être libéré du contrôle de l'activité mentale supérieure; c'est elle encore qui joue le rôle prépondérant dans la vie des peuples au premier stade de leur développement : c'est alors le temps de ces légendes étonnantes conçues par toutes les races à la première période de leur histoire.

Nous avons dit, ce que chacun sait d'ailleurs, que les esprits se classent en somme par plus ou moins de jugement, celui-ci étant la faculté supérieure : les sens apportent respectivement leurs données ; le jugement réfléchit alors sur ces données, leur attribuant leur valeur propre et en conclut, d'une manière plus ou moins logique, suivant la quantité de jugement individuel, à des motifs d'action.

On voit par là tout de suite qu'au-dessus du délire d'imagination et en se plaçant à un niveau supérieur de la hiérarchie des délires, on rencontrera le délire d'interprétation. Comme transition, on peut noter le délire de fabulation que, dans leur livre sur « les folies rai-

©BIUM

sonnantes », Sérieux et Capgras avaient déjà isolé comme un mode particulier de psychose interprétative. En réalité, le délire de fabulation est un véritable délire d'imagination, mais avec appoint interprétatif, et il peut servir, comme nous l'avons dit, de transition entre le délire d'imagination et celui des interprétants.

Ici, sur le terrain des folies raisonnantes, apparaît la mise en action des facultés d'ordre supérieur dont l'entrée en scène implique l'idée d'une mentalité plus élevée : parallèlement, le pronostic de ce délire deviendra plus sombre.

En effet, il semble que si l'on doit devenir fou, il soit préférable d'être né débile, car le débile mental, dépourvu d'attention et de facultés syllogistiques, ne raisonnera pas sur les troubles apportés par ses aperceptions ; seule son imagination sera touchée, son système moteur peut-être : mais c'est justement l'infirmité de son raisonnement qui le sauvera en l'empêchant de créer un délire; ainsi, son petit capital mental sera sauvé du naufrage.

Le délire d'interprétation, lui aussi, avec ses nombreuses variétés, apporte encore la preuve que l'étiquette délire d'interprétation est sans valeur si elle n'est pas accompagnée de l'étude de la biographie cérébrale de l'individu qui permet, seule, d'évaluer la quantité mentale, et la constitution paralogique qui est à la base de tout délire d'interprétation doit être envisagée d'après les faits qui constituent le délire.

Prenons par exemple le cas d'un malade de notre service, instituteur de village, homme d'une intelligence moyenne. Toutes les interprétations de ce cerveau moyen reposent sur des appréciations fausses de faits tous matériels : cet interprétant jaloux était averti des rendez-vous de sa femme avec le curé de l'endroit par une certaine disposition des vases de fleurs posés sur une

©BIUM

fenêtre, ou bien encore par la vue du sac à papier du w.-c. rempli ou non (*sic*).

Le point de départ de toutes les idées délirantes de ce malade, ses interprétations innombrables, sont le résultat d'observations toutes matérielles.

Quelle différence avec le délire d'interprétation d'un J.-J. Rousseau, qui repose au contraire, non plus sur des observations d'ordre matériel, mais sur des abstractions, sur des sentiments.

Un autre de nos malades, employé des postes, esprit moyen, interprétant et persécuté politique, vit son délire éclater à la vue des casseroles de sa cuisine à propos desquelles il avait cru apercevoir une allusion à des faits de délation à lui reprochés par ses collègues.

Après avoir envisagé les délires, en tant qu'ils sont caractérisés par les troubles de telle ou telle faculté, nous dirons encore que le classement des types morbides qui fait le fond de cet article peut se faire en outre en considérant, non plus comme il a été dit tout à l'heure, les troubles prédominants d'un appareil sensoriel spécial, mais en examinant, cette fois, les troubles de la sensibilité générale.

On sait que l'organisation du système nerveux général est d'autant meilleure que les relations sont mieux établies entre le système médullaire d'une part, le système nerveux sympathique et le cortex cérébral.

Ces relations sont encore à l'état de développement imparfait chez l'enfant. L'enfant ne veut pas, il sent, ainsi que l'a écrit justement M. Rémond (de Metz), dans un article sur la volonté (*Annales médico-psychologiques*, avril et juillet 1916).

M. Rémond fait observer que, lorsqu'il se produit un arrêt de développement chez l'idiot, le mécanisme cérébral ne quitte pas ce stade de sensibilité pure. L'enfant n'est encore qu'un médullaire ; l'idiot le reste toujours,

©BIUM

et les représentations d'ordre somatique qui existent seules chez ces êtres imparfaits déterminent seulement des réactions soudaines et brutales qui gardent le caractère des réflexes.

A un degré plus élevé, chez le débile, les troubles de la sensibilité générale éveilleront des notions moins confuses, atteignant le système nerveux sympathique et montant même jusqu'à un cortex resté d'ailleurs mal organisé. De là pourront naître des ébauches de réactions idéatives, idées vagues hypocondriaques, idées fugaces et imprécises, ayant le caractère d'explications qui se rapportent à l'ordre végétatif; par exemple les idées d'empoisonnement qui sont si fréquentes dans le délire des débiles.

Nous élevant encore plus haut, et suivant les vues de M. Rémond, nous arrivons à des formes mentales supérieures au point de vue des modifications de la sensibilité, aux formes de l'instabilité cellulaire qu'on a classées sous les noms d'hystérie et de neurasthénie.

Suivant l'hypothèse formulée par le même auteur, dont les vues nous semblent justes, les lésions de la neurasthénie se localisent plutôt d'abord sur les éléments du système nerveux sympathique, tandis que l'hystérie, dont la notion implique celle d'une dégénérescence plus lourde, se traduit par un ensemble des symptômes qui permettent de supposer une atteinte plus spécialement localisée sur la corticalité encéphalique.

Ainsi donc, en remontant toujours plus haut le long de l'axe cérébro-spinal, il semble, dirons-nous, que l'on s'élève parallèlement jusqu'à des formes d'affections dont la gravité suit, elle aussi, une progression ascendante.

Mais, dans l'hystérie, les réactions idéatives aux troubles généraux semblent se passer dans le sub-

©BIUM

conscient. On connaît le rétrécissement de la conscience qui est caractéristique de l'état mental des hystériques ; de là, en conséquence, une limitation du contenu de cette conscience, parfois à une seule idée qui, pendant un temps plus ou moins long, absorbe la personnalité du sujet tout entière et crée ainsi la possibilité d'états seconds.

Dans ces états, le monoïdéisme des hystériques qui cesse d'être combattu, comme il arrive chez les normaux, par des représentations mentales antagonistes, aboutit à des manifestations qui prennent alors, ainsi que l'écrit encore le même auteur, un caractère de ténacité ou un caractère passionnel particulièrement marqué.

Toujours donc, envisageant l'idée que l'individu est fonction de la sensibilité, montons d'un degré encore, pour en arriver aux malades chez lesquels les réactions de la sensibilité générale ne se passent plus, comme chez les hystériques, dans le subconscient, dans un champ de conscience rétréci.

Chez ces individus (folie systématique, délire de persécution, paranoïa) l'importance des perturbations sensitives ou sensorielles d'ordre somatique et d'ordre représentatif, s'accroît encore, puisque ces perturbations vont jusqu'à créer un système délirant définitif.

Enfin, nous élevant encore d'un échelon, nous arrivons au groupe des délires chroniques systématiques où les perturbations de la sensibilité jouent un rôle maximum, puisqu'elles vont jusqu'à amener parfois chez les malades la transformation de leur personnalité.

On voit donc, comme nous avons essayé de le dire, que la localisation des réactions aux troubles de la sensibilité générale peut encore venir en aide dans le classement des individualités et dans la recherche du pronostic, celui-ci étant d'autant plus défavorable que ces

©BIUM

troubles généraux amènent des réactions d'ordre idéatif mieux caractérisées et plus conscientes.

En conclusion, l'étiquette nosologique : excitation maniaque, état mélancolique, délire d'interprétation, etc., n'implique aucune conclusion précise si elle n'est pas rapprochée de la connaissance complète de l'individualité antérieure du malade qui, seule, peut fixer ce qui importe avant tout : le pronostic.

Les éléments constitutifs de la personnalité psychique priment toute la question et, comme nous avons essayé de le démontrer, il est possible de déterminer cette personnalité à l'aide des points de repère suivants que nous venons de passer en revue :

1° *Biographie cérébrale du malade.*
(*Curriculum vitæ*, situation sociale acquise.)

2° *Recherche du sens particulier, point de départ de l'idée délirante.*
Types visuel, auditif.

3° *Recherche de l'action prédominante de telle ou telle faculté.*
a) Imagination chez les débiles,
b) Interprétations matérielles chez l'homme moyen,
c) Interprétations d'abstractions chez l'homme supérieur.

4° *Réactions à la cénesthésie.*
(Médullaires, sympathiques et idéatives.)

Dans son article sur les accès maniaques chez les débiles que nous avons déjà cité, M. Séglas produit plusieurs observations de débiles qui avaient été considérées, par des aliénistes des plus autorisés, comme atteintes de démence précoce.

On peut penser que cette erreur de diagnostic aurait été évitée s'il avait été tenu compte davantage de la quantité mentale primitive de ces malades, puisqu'un débile mental n'est pas susceptible de devenir un dément précoce, par la raison que pour perdre il faut d'abord avoir possédé.

©BIUM

Ainsi que le fait remarquer M. Séglas : « Les syndromes dits catatoniques, notamment les grimaces, le maniérisme des attitudes et des gestes, les tics et les stéréotypies, voire même le négativisme, ne sont, en aucune manière, propres à la démence précoce et se rencontrent très fréquemment chez de simples débiles, *en dehors même de toute manifestation délirante.* » Nous ajouterons, nous, ici, que ces débiles délirent seulement avec leur moelle.

Si donc, encore une fois, les aliénistes, pourtant expérimentés, qui avaient porté le diagnostic de démence précoce s'étaient occupés à rechercher la quantité mentale antérieure de ces malades, ils auraient évité les erreurs de diagnostic.

Or, nous voyons, dans l'observation n° 1 de l'article de M. Séglas, les renseignements suivants :

« M^lle P... est fille d'un alcoolique invétéré et d'une épileptique. Elle-même, nous dit son oncle, n'a jamais été d'une intelligence vive : c'était plutôt une enfant arriérée, pas développée ; à l'école, elle n'apprenait pas bien du tout. » Elle y est allée pendant sept années et n'a guère appris qu'à lire et à écrire ; elle n'a jamais pu faire une multiplication. On n'a même pu songer à la mettre en apprentissage. « Elle n'a jamais pu faire rien du tout. »

Microcéphalie, asymétrie faciale, strabisme, déviation de la colonne vertébrale par le mal de Pott : le tableau est complet et, nous le demandons, une pareille malade était-elle susceptible de réaliser un cas de démence précoce, puisque, encore une fois, il est de toute nécessité, pour pouvoir perdre, d'avoir d'abord possédé.

M^lle P... était si peu une démente précoce qu'elle fut rendue définitivement à sa famille, revenue complètement à son état normal antérieur.

Prenons encore l'observation n° 2.

Il s'agit d'une malade arrivée encore avec le diagnostic « démence précoce avec indifférence affective, inconscience de sa situation, excitation et gâtisme par intervalles ». A l'asile,

©BIUM

on constate des éclats de rire, des grimaces. Mais, comme pour la première malade, les particularités cliniques qui ont fait croire aux médecins qu'il s'agissait ici d'un cas de démence précoce prennent une tout autre signification si on tient compte de la quantité mentale antérieure.

Or, voici les renseignements qui avaient été donnés par le père de cette malade : « Elle a toujours été obéissante, soumise, mais n'a jamais été intelligente, pas même d'une intelligence ordinaire (*sic*). Elle a bien eu son certificat d'études, mais ensuite elle est entrée en apprentissage chez une couturière ; or, il y a sept ans de cela et elle n'a jamais pu apprendre à faire une robe. »

L'observation n° 3 est tout aussi démonstrative que les deux premières.

Il s'agit d'une malade entrée toujours avec l'étiquette de démence précoce, indifférence complète, maniérisme, suggestibilité, agitation. On constate chez cette malade la suggestibilité accompagnée de la conservation des attitudes, la tendance à la syncinésie; malgré toutes ces apparences, la lecture de l'observation montre avec la plus grande évidence qu'il s'agissait d'une débile mentale, d'ailleurs sortie guérie à son tour.

Ici encore, la recherche de la quantité mentale antérieure aurait fait poser avec certitude le diagnostic et le pronostic de l'affection.

D'autre part, les syncinésies, l'exagération des réflexes tendineux, la suggestibilité et la spasticité musculaire, la facilité toute spéciale pour conserver les attitudes qu'on leur donne et cela pendant un temps assez long, sans éprouver de fatigue, tout cela existe chez l'enfant normal jusqu'à l'âge de trois ans et il n'est donc pas étonnant que la suggestibilité motrice et les attitudes cataleptoïdes se retrouvent chez les débiles mentaux, comme l'a remarqué M. Dupré qui a décrit ces symptômes sous le nom de débilité motrice.

Ce syndrome ne doit donc pas en imposer; il doit être ramené à sa juste valeur, car, ainsi que l'a bien vu M. Séglas, il peut tout aussi bien exister chez le

dément précoce que chez le débile. Dans ce cas, c'est la recherche du quantum mental qui pourra seule assurer le diagnostic.

En écrivant cet article, nous avons voulu seulement attirer l'attention sur une idée qui est connue de tous, mais qui nous a paru depuis longtemps être utile dans la pratique.

Les espèces nosologiques ne sont rien si l'on ne fait pas la part essentielle du terrain.

Répétons encore une fois le mot de Falret : « C'est l'individualité maladive qu'il faut s'attacher à caractériser. »

Le sens commun, qui s'exprime par le langage, caractérise les individus par la quantité respective du jugement qui leur est propre, et le jugement est en définitive l'expression de la quantité mentale dévolue à chacun de nous. C'est sur l'importance de la recherche de cette quantité au point de vue de l'établissement du pronostic que nous avons voulu insister.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de faire encore une réflexion : « Nos sens, a dit Pascal, n'aperçoivent rien d'extrême; trop de bruit nous assourdit, trop de lumière éblouit, trop de distance et trop de proximité empêche la vue, trop de longueur et trop de brièveté du discours l'obscurcit, trop de vérité nous étonne. »

Reprenons cette idée d'une moyenne de perception, seule utilisable pour les sens et l'intelligence. Il est curieux d'observer qu'un philosohe génial, A. Comte, avait fait application de cette idée de Pascal à la folie, dans sa conception générale de l'harmonie mentale : « Les deux états opposés, disait Comte, constituent les deux extrêmes de la proportion normale que l'état de raison exige entre les impulsions objectives et les inspirations subjectives. L'idiotisme consiste dans l'excès d'objectivité, quand notre cerveau devient trop passif, et

©BIUM

la folie, dans l'excès de subjectivité d'après l'activité démesurée de cet appareil.

« Trop de soumission aux spectacles extérieurs, avec une insuffisante réaction intérieure, détermine le pur idiotisme. La folie proprement dite se caractérise par l'excès de subjectivité, même sans hallucination spéciale, quand l'appareil méditatif ne rectifie pas les indications de l'appareil contemplatif, selon le principe fondamental de la Logique positive, d'après lequel la rectitude mentale consiste surtout à former la plus simple hypothèse à chaque cas. D'après cette règle, toute disposition habituelle à trop compliquer les explications constitue réellement une tendance vers la folie, en introduisant un excès de subjectivité. Un esprit actif ne trouve dès lors aucune limite à l'extravagance de ses créations arbitraires. Chaque démenti qu'il reçoit du monde extérieur peut toujours être éludé en compliquant davantage ses constructions intérieures. »

« Fines et suggestives observations, a dit quelqu'un, et dont on se prend parfois à regretter que Comte, en quelques endroits de son œuvre, n'ait pas fait plus complètement son profit. »

Ces observations de Comte sont toujours à méditer ; la vérité, au point de vue de l'harmonie mentale, est entre les deux extrêmes et il importe de n'être ni trop objectif ni trop subjectif, aussi bien dans la sphère des idées que dans la réceptivité de nos appareils sensoriels.

Trop d'objectivité nous amène à donner une trop grande importance aux faits, trop de subjectivité nous mène encore à l'erreur, car, ainsi que Comte l'a bien vu, « la rectitude mentale consiste surtout à former l'hypothèse la plus simple à chaque cas ».

C'est en suivant avec un esprit simple les données de l'observation clinique quotidienne qu'on arrivera,

croyons-nous, à se rendre mieux compte des affections mentales, en partant, comme nous avons essayé de le dire, des résultats de l'observation séculaire des hommes sur les esprits normaux, plutôt qu'à l'aide de constructions souvent hâtives et arbitraires de cadres mentaux toujours trop étroits pour contenir l'infinie diversité des esprits.

« Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. »

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 21 MAI 1917

Présidence de M. COLIN, vice-président.

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

M. Courbon, membre correspondant, assiste à la séance.

Correspondance.

La correspondante manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Chaslin, président, qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Juquelier, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance, mais envoie une communication ;

3° Une lettre de Mme Jules Ferry, présidente de « l'Assistance aux dépôts d'éclopés », qui fait appel à la Société pour un don en espèces ou en nature en faveur de son œuvre fondée sous le patronage du général de Lacroix.

La Société, après une courte discussion, décide d'envoyer une somme de 100 francs.

Une demande de comité secret, signée par sept membres de la Société, est déposée sur le Bureau. Lecture en est donnée par M. le Président. Ce comité secret aura lieu à la fin de la séance du mois de juin.

Réunion extraordinaire de la Société clinique de médecine mentale.

M. Colin. — Le Bureau de la Société clinique de médecine mentale a adressé à tous les membres de cette Société, titulaires et correspondants, la circulaire dont je vous demande la permission de vous donner lecture.

« Mon cher collègue, la Société clinique de Médecine mentale, dont la dernière séance a eu lieu au mois

©BIUM

de juillet 1914, se réunira prochainement. Nous estimons, en effet, que le moment est venu d'utiliser les observations nombreuses, relatives à notre spécialité, que chacun de nous a pu faire au cours de la guerre, soit au front, soit dans les services spéciaux.

« Le Bureau de la Société a décidé d'inaugurer la reprise de nos travaux par une réunion spéciale dont la date est fixée au 30 juin 1917. Nous avons demandé à M. le Sous-Secrétaire d'Etat au Service de Santé de bien vouloir, si les circonstances le permettent, autoriser les membres titulaires et correspondants mobilisés à se joindre à leurs collègues civils.

« Cette réunion se tiendra, comme d'habitude, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, Pavillon Magnan, amphithéâtre de l'Admission, et comprendra deux séances, la première à 9 heures, la deuxième à 14 heures.

« Pour éviter toute perte de temps, l'ordre du jour a été limité à deux questions. A la séance du matin, on étudiera l'influence de la guerre sur l'évolution de la paralysie générale progressive. La solution adoptée actuellement, et d'après laquelle la réforme avec gratification serait accordée seulement aux malades devenus paralytiques généraux à la suite de traumatisme encéphalique, très discutable au point de vue de l'équité, ne nous paraît pas répondre aux données habituelles de la pathologie générale.

« La deuxième séance sera consacrée à l'étude de la confusion mentale et aux communications qui présenteront un caractère d'urgence ou un intérêt tout particulier.

« Un rapport général sera rédigé sur les deux questions du programme, mais nous vous adressons, dès maintenant, l'ordre du jour en vous priant de bien vouloir nous indiquer, le plus tôt possible, les remarques qu'il pourrait vous suggérer, en même temps que le titre des communications que vous désirez faire... »

Pour que cette réunion exceptionnelle soit plus complète et que le plus grand nombre de médecins aliénistes y prennent part, je suis chargé par le Bureau de la Société clinique de médecine mentale, d'inviter la Société médico-psychologique à y prendre part.

Sur la demande de M. Laignel-Lavastine la même

©BIUM

invitation sera adressée à la Société de Psychiatrie et, sur la proposition de quelques membres, la réunion, au lieu de se tenir à l'asile Sainte-Anne, se tiendra au siège de la Société médico-psychologique.

Épilepsie larvée par traumatisme de guerre (commotion cérébrale),

par MM. P. Juquelier et P. Quellien,
médecins traitants au Centre neurologique de la IXe région.

En toutes circonstances, il n'est peut-être pas d'affection qui soulève, autant que l'épilepsie, des problèmes médico-sociaux à la fois variés et complexes. Nous ne faisons pas allusion ici à la décharge convulsive, épisodique ou fréquente, et purement symptomatique de la paralysie générale ou de l'urémie, par exemple; ni même aux accès jacksoniens étroitement liés à l'excitation intermittente d'une zone corticale bien déterminée. Nous ne prétendons pas, d'ailleurs, établir entre ces symptômes et l'état épileptique proprement dit une ligne de démarcation bien tranchée au point de vue pathogénique; néanmoins, il s'agit actuellement pour nous du syndrome clinique caractérisé par une série d'accidents, francs ou larvés, dit essentiel quand la cause en est inconnue, rattaché, dans d'autres circonstances, à un élément étiologique saisissable, mais constituant, toute discussion de genèse mise à part, un complexus morbide dont les différentes manifestations peuvent être rattachées les unes aux autres en dépit de leur discontinuité, et comportant, à cause de ces manifestations seulement, des indications spéciales de pronostic, de surveillance, d'hygiène générale, et, le plus souvent même, de traitement médicamenteux.

En d'autres termes, certains malades sont occasionnellement frappés de crises convulsives du type épileptique, au cours d'une affection dont l'évolution et le pronostic ne sont guère influencés par ces accidents : ce ne sont pas des épileptiques et ce n'est pas d'eux que nous nous occupons. Au même titre que les fils d'alcoo-

©BIUM

liques ou de vésaniques dits épileptiques essentiels, et présentant des accidents comitiaux dès leur jeune âge, d'autres deviennent, plus ou moins tardivement, des épileptiques; et doivent être médicalement considérés désormais comme des épileptiques, bien que leurs crises d'excitation corticale soient logiquement la conséquence d'une infection ou d'un traumatisme. Chez de tels sujets, la prédisposition, latente jusqu'au prétexte du déclanchement, n'est pas niable : le plus souvent, l'étude des antécédents héréditaires est à cet égard des plus instructives; mais il est certain, d'autre part, que la date de l'apparition des syndromes de nature comitiale démontre, d'une manière évidente, l'importance de l'occasion.

Source d'infections générales sévères et de graves ébranlements des centres nerveux, la guerre a créé des épilepsies tardives, ainsi comprises; de même que dans un nombre de cas plus grand encore, le genre de vie imposé par elle à des épileptiques discrets n'a eu d'autre effet que de rendre plus manifeste un état pathologique déjà existant. Cette distinction est très importante : une enquête minutieuse s'impose toujours à propos des accidentés de la guerre se présentant sous l'aspect d'épileptiques évidents. Cette enquête doit porter surtout sur la recherche de petites manifestations comitiales antérieures à l'époque de la mobilisation du malade, et sur les éléments possibles de prédisposition acquise (alcoolisme, intoxications professionnelles, maladies infectieuses). Quant à la prédisposition héréditaire, nous admettons qu'elle existe toujours, connue ou méconnue; mais elle ne saurait — lorsqu'il n'y a qu'elle — constituer un obstacle absolu aux droits à la pension acquis par un épileptique, devenu cliniquement épileptique à la suite d'un fait de guerre.

« L'épilepsie ne peut plus être considérée comme une névrose, a écrit A. Léri dans son rapport présenté le 15 décembre 1916 à la Société de Neurologie, au sujet des gratifications dans les névroses de guerre; presque toujours elle est sans rapport précis avec les faits de guerre (1)... mais, dans certains cas, on ne peut pas

(1) A. Léri. *Revue neurologique*, 11-12, 1916, p. 763.

©BIUM

ne pas tenir compte des événements de guerre comme cause déterminante ou du moins comme cause occasionnelle de l'épilepsie... (1). »

« Beaucoup d'épileptiques sont des alcooliques, dit aussi J. Lépine à la même réunion, mais il y en a d'autres, des commotionnés, notamment, dont l'épilepsie est cliniquement classique et pour lesquels l'enquête ne montre aucun antécédent de cet ordre... Lorsqu'il s'agit d'équivalents psychiques, nous pensons que, tout en faisant la plus large part à la prédisposition latente, il y a possibilité d'admettre exceptionnellement ces sujets à la gratification avec maximum de 40 p. 100 (2). »

Enfin, et toujours dans les mêmes circonstances, E. Dupré s'est exprimé ainsi : « Lorsque, avec ou sans accès convulsifs nets, l'épilepsie se traduit par des absences, des vertiges, des accès confusionnels ou délirants, des troubles graves du caractère, elle est incompatible avec tout service militaire....

« Lorsque antérieurement au premier accident comitial peut être invoqué un fait de guerre patent (traumatisme, infection sévère). l'étiologie militaire sera admise, même s'il n'existe aucune lésion cranienne ou cérébrale objectivement saisissable (3). »

Indépendamment des difficultés de diagnostic auxquelles elle a donné lieu, parce qu'il s'est agi d'épilepsie larvée, c'est-à-dire s'étant uniquement manifestée jusqu'ici par des équivalents psychiques, l'observation suivante, recueillie par nous au Centre neurologique de la IX[e] région, a posé la question de la réforme avec gratification.

C'est avant d'avoir eu l'occasion de lire le compte rendu du débat du 15 décembre 1916 devant la Société neurologique que nous avons, dans le cas particulier, arrêté nos conclusions, et celles-ci nous paraissent aujourd'hui conformes aux principes directeurs qui se sont dégagés de la discussion : prédisposition héréditaire certaine (père alcoolique, mort interné), pas d'an-

(1) A. Léri. *Revue neurologique*, 11-12, 1916, p. 808.
(2) J. Lépine. *Revue neurologique*, 11-12, 1916, p. 802.
(3) Dupré. *Revue neurologique*, 11-12, 1916, p. 794.

técédents personnels saisissables, accident de guerre, constitué par une commotion grave, sans blessure extérieure, mais avec reliquat organique, épilepsie psychique consécutive. Ainsi peut être résumée notre observation, dont voici, d'autre part, les détails.

André B... est âgé de vingt-neuf ans; il est le fils d'un alcoolique mort à l'asile d'aliénés de N... après plusieurs années d'internement.

Cette notion d'hérédité, à la fois toxique et vésanique, est des plus importantes; mais c'est la seule qu'il y ait lieu de relever dans les antécédents héréditaires ou personnels du sujet. Celui-ci exerce la profession de peintre décorateur, mais il n'a jamais présenté d'accidents saturnins; il est habituellement sobre et n'a pas eu la syphilis. Dès le début de la guerre actuelle, B... a été blessé une première fois en septembre 1914, blessure sans conséquences graves. Il a pu retourner au front dès le début de 1915.

Le 12 mai 1915, à X..., B... est commotionné par l'éclatement proche d'un obus, sans blessure extérieure. Comme cela arrive toujours en pareil cas, il n'a conservé aucun souvenir des circonstances de l'accident; il perd immédiatement connaissance et reprend conscience de sa situation quelques jours plus tard à l'hôpital de Brest où il a été évacué. Son état paraît s'améliorer d'une façon suffisamment rapide pour qu'on le fasse sortir par permission de sept jours, dès le 1er juin, soit moins de trois semaines après la commotion.

Pendant sa courte permission, il est atteint pour la première fois d'un des accès brefs de délire suivi d'amnésie totale, qui se sont reproduits assez fréquemment depuis et que nous décrirons plus loin. Il ne se souvient de rien et ne sait que ce qu'on lui a raconté; mais ni cette fois, ni par la suite, l'épisode caractéristique n'a été précédé de crise proprement dite, avec chute ou convulsions.

A la suite de son premier accès délirant, B... a souffert pendant vingt-quatre heures de courbature et de céphalée; puis tout est rentré dans l'ordre, si bien qu'il a rejoint son dépôt à l'expiration normale de sa permission.

Cependant, de nouveaux incidents de même ordre que le premier se produisent peu de temps après que B... est rentré à son corps. D'abord hospitalisé au Blanc, il fait bientôt un premier séjour au Centre neurologique de Tours, d'où il sort le 9 août 1915, avec un congé de convalescence de deux mois pour « troubles psychiques post-confusionnels; état second probablement hystérique, suite de commotion cérébrale et hémiparésie organique ».

©BIUM

En novembre 1915, retour au dépôt, nouveaux accidents délirants, nouvelle hospitalisation. Réformé temporairement en décembre 1915, B... passe une année chez lui, sans que les accidents disparaissent. Toutefois, et bien que la nature comitiale des accès de délire ait été affirmée à Evreux par le Dr H. Français, il est replacé dans le service auxiliaire en décembre 1916; mais il faut l'hospitaliser presque de suite, et le 28 février 1917, il est admis pour la deuxième fois au Centre neurologique de la IXe région (Hôpital complémentaire n° 2, à Tours).

Deux jours après l'admission de B..., comme celui-ci, appelé dans la salle d'examen médical, attend d'être interrogé, le hasard nous permet d'assister à un accès que nous voyons se dérouler sous nos yeux, depuis son début jusqu'à sa terminaison. Soudainement, mais sans cri, sans brusquerie, B... se lève du banc sur lequel il est assis, fait quelques pas, et paraît écouter avec attention, son visage exprime une certaine inquiétude, mais non la terreur ; il s'agit d'un fait à propos duquel il lui convient d'être sur ses gardes, mais auquel il est déjà accoutumé. Il regarde en l'air, cherche des yeux quelque chose dont le bruit semble se rapprocher, baisse un peu la tête, a un léger sursaut, et dit à mi-voix : « Poum! » Un instant de détente qu'exprime la physionomie; quelques pas encore; et la même mimique se reproduit, suivie de la même onomatopée monosyllabique. Il en est ainsi pendant un quart d'heure environ. Pendant ce temps, B.. est totalement étranger au milieu dans lequel il se trouve en réalité. Il ne répond à aucune de nos questions; nous le dirigeons à travers la salle sans qu'il oppose la moindre résistance; mais les ordres, les appels brusques, les bruits, les contacts ne le détournent pas de la scène qu'il est en train de vivre. Celle-ci est facile à reconstituer. L'attitude de B... nous est familière. Nous l'avons observée sur le front autour de nous; nous l'avons adoptée nous-mêmes toutes les fois que nous avons assisté à un bombardement. Comme B..., nous avons écouté avec inquiétude le sifflement de l'obus qui arrive ; comme lui, nous avons d'une exclamation marqué l'éclatement du projectile; et après un court répit, nous avons repris notre observation inquiète, prêts à nous terrer ou à fuir si le danger nous semblait se rapprocher. Aucun doute n'est possible : B... est en plein onirisme hallucinatoire; il est à son poste, dans la tranchée, sous un bombardement. Son inquiétude, parce qu'il est aguerri, ne va pas jusqu'à la terreur ; l'agitation motrice est modérée, le pouls est un peu rapide.

Bientôt, l'accès se termine; le patient, que nous avons pu asseoir sur une chaise, auprès de nous, reste immobile pendant quelques secondes, semble se réveiller, et cette fois nos questions

©BIUM

sont entendues. « Où suis-je? — Ah! oui... J'ai dû être malade parce que j'ai mal à la tête. — Que voyiez-vous? Qu'y avait-il? — Je ne me souviens de rien... Je ne me souviens jamais... Je ne sais pas! »

L'amnésie est, en effet, absolue. L'interrogatoire devient rapidement difficile à cause de l'hébétude et de la fatigue du sujet qui est autorisé à remonter dans sa chambre et s'endort profondément.

Plusieurs crises de même nature et de même apparence se sont manifestées depuis lors. Leur fréquence varie; mais il faut en compter au moins une par semaine. Elles ne diffèrent que par leur durée. L'une des plus longues a commencé hors de l'hôpital, tandis que le malade était en promenade avec un camarade qui l'a reconduit sans incident. A ce propos, B... nous a raconté que, pendant sa période de réforme temporaire, il s'est retrouvé un jour à une certaine distance de son domicile, sans savoir comment il était venu jusque-là. Nous avons eu l'occasion d'assister à une seconde scène qui nous a semblé identique à celle que nous avions observée tout d'abord, et qui s'est déroulée dans des circonstances telles que le malade ne pouvait soupçonner notre présence. Une autre fois, l'un de nous a trouvé B... profondément endormi au début de l'après-midi; et le récit fait par le voisin de dortoir des événements qui avaient eu lieu avant ce sommeil n'a fait que rééditer ce que nous savions déjà.

Faisons toutefois remarquer que, si le délire hallucinatoire de B... a généralement pour thème une scène de bombardement, un autre élément peut exceptionnellement se substituer ou s'ajouter à celui-là. Dans un des hôpitaux où B... a séjourné avant sa deuxième entrée à Tours, il a, au cours d'un accès d'automatisme délirant, exécuté au crayon un portrait de femme, médiocre, mais assez soigné et fini, qu'il a été bien étonné d'avoir dessiné, lorsque, après son réveil, on le lui a mis sous les yeux.

Ces incidents, comme nous l'avons dit plus haut, ont succédé à la commotion de mai 1915. Ils sont imprévus et soudains; et il nous a toujours semblé que nulle circonstance d'auto ou d'hétéro-suggestion ne les déterminait. Ils n'ont été précédés ni de crises convulsives, ni de vertiges, ni d'absences. (Toute enquête à ce sujet a été négative.) Depuis qu'ils ont fait leur apparition, des crises hystériques ou épileptiques ne les précèdent pas ou n'alternent pas avec eux. Mais la commotion dont B... a été la victime a été assez sérieuse pour déterminer chez lui des troubles organiques du système nerveux, caractérisés par une augmentation générale des réflexes tendineux du côté gauche, plus marquée pour le réflexe rotulien, et

©BIUM

par la modification du vertige voltaïque (chute à gauche quel que soit le sens du courant). Pas de signe de Babinski, réflexes pupillaires normaux. L'hémiparésie gauche organique avait été constatée lors du premier séjour (juillet 1915) au Centre neurologique de Tours. Elle s'est évidemment améliorée depuis.

Dans l'intervalle des accès d'automatisme, l'état mental de B... présente certaines particularités qui rapprochent notre malade de la majorité des commotionnés. L'activité intellectuelle est réduite, sans affaiblissement démentiel vrai. L'évocation des souvenirs anciens est lente ; la fixation des souvenirs nouveaux est difficile, mais exacte quand l'attention a été suffisamment sollicitée. Cette attention s'épuise vite. Tout effort mental est pénible, la rédaction d'une courte lettre, la lecture du journal, les jeux faciles et bien connus. Par suite, tout en restant parfaitement orienté et tout en raisonnant juste, B... est le plus souvent oisif ; il ne s'intéresse pas à ce qui se passe autour de lui ; il s'émeut ou s'irrite quand on insiste pour le faire sortir de cet engourdissement. Pourtant, il n'est pas triste, malgré que par intervalles il exprime d'une façon très légitime des inquiétudes à propos du mal étrange qu'il connaît si peu, puisque ses accès sont totalement amnésiques, mais dont il se sait atteint. Comme la plupart des commotionnés, il se plaint encore de troubles du sommeil ; il revit en rêve des scènes de tranchée, bombardement, attaques, surprises, sans doute très analogues à celle de ses accès de délire amnésique, mais en différant en ce qu'il se les rappelle au réveil d'une manière assez précise.

Le lendemain des crises, l'état mental est différent : hébétude plus accentuée, inactivité plus marquée, torpeur, céphalée pénible : « J'ai dû être malade hier », dit B... quand il est dans cet état. L'état général est satisfaisant. Les antécédents, nous l'avons dit, sont négatifs au point de vue de l'épilepsie antérieure, de l'alcoolisme, de la syphilis ou d'une intoxication professionnelle. Aucune affection viscérale n'est actuellement constatable.

Nous présentons B... devant la Commission spéciale, en vue de la réforme temporaire avec gratification en portant, chez un prédisposé héréditaire, n'ayant jamais présenté auparavant d'accidents comitiaux, le diagnostic d'épilepsie larvée, caractérisée par de brefs et fréquents accès d'automatisme hallucinatoire et délirant, et consécutive à un traumatisme de guerre (commotion par éclatement d'obus) ayant déterminé, d'autre part, une hémiparésie gauche légère et un état accentué d'inhibition intellectuelle de pronostic lui-même incertain.

L'absence de tout accident comitial saisissable dans

les antécédents de notre malade ou de toute cause acquise de prédisposition à l'épilepsie, nous permet de rattacher à un traumatisme de guerre l'affection qui rend actuellement B,.. incapable de remplir ses obligations militaires et diminue sa capacité professionnelle. Notre double proposition de réforme et de gratification nous paraît donc ainsi justifiée, malgré l'hérédité fâcheuse qui prédisposait évidemment, et plutôt que tout autre, le sujet à réagir par un tel syndrome à un traumatisme grave des centres nerveux.

Mais peut-être pourrait-on discuter ici le diagnostic d'épilepsie.

Lorsque B..., peu de temps après la commotion dont il avait été atteint, eut fait un premier séjour dans un service neurologique, il sembla légitime d'ajourner toute décision le concernant après l'essai d'une convalescence prolongée ; le diagnostic qui fut alors porté fut celui des troubles mentaux post-confusionnels avec hystérie surajoutée. Les accès de délire hallucinatoire, semblables à ceux que nous avons eu la bonne fortune d'observer nous-mêmes, et que nous pouvons affirmer être des accidents épileptiques, furent en particulier considérés comme des états seconds d'origine hystérique.

Qu'une période brève de confusion mentale aiguë, avec onirisme hallucinatoire, ait immédiatement succédé au traumatisme, cela ne nous paraît pas douteux. Il est certain d'autre part qu'au mois d'août 1915, plus encore que maintenant, B... devait présenter, dans l'intervalle de ses courtes crises d'automatisme délirant, un état de ralentissement général du fonctionnement psychique, seconde étape — parfois très longue — par laquelle passent pour ainsi dire tous les commotionnés vrais après la confusion proprement dite. Or bien des auteurs ont eu, depuis la guerre, l'occasion de constater que cette période d'inhibition post-confusionnelle était spécialement favorable à l'éclosion des phénomènes pithiatiques ; et chez un sujet vierge — autant qu'on peut en être cliniquement certain — d'antécédents épileptiques personnels, on pouvait être tenté de considérer de rapides accès inconscients et amnésiques de délire hallucinatoire comme des accidents de même nature que les tremblements, les plicatures, les para-

©BIUM

lysies fonctionnelles ou les astasies-abasies, observés en si grand nombre dans des circonstances analogues.

Mais, si l'on s'appuie sur l'absence, chez B..., de tout syndrome comitial franc, soit avant, soit après la commotion pour écarter le diagnostic d'épilepsie, nous pouvons faire remarquer à notre tour que l'on ne constate ici non plus nulle manifestation pithiatique ; et que l'hystérie, chez notre malade, serait uniquement caractérisée par les épisodes sur lesquels porte la discussion.

L'analyse attentive de l'accès psychopatique à répétition est par conséquent le seul moyen d'arriver au diagnostic différentiel entre les deux affections auxquelles il peut être attribué.

Qu'avons-nous donc observé? D'abord les accès apparaissent indépendamment de toute circonstance où la suggestion peut les favoriser. Une fois, il est vrai, le délire se manifeste en présence des médecins, mais avant tout interrogatoire.

Quelques jours plus tard, il apparaît le soir au cours d'une promenade. Puis c'est dans la salle où couche le malade, mais au début de l'après-midi.

Pas de prodromes : sans doute le mal sacré n'a pas ici la brutalité qui accompagne la grande crise convulsive ; il est, comme parfois, et selon l'expression de Magnan (1), « silencieux et sournois dans ses allures » ; mais il n'en est pas moins soudain. Rien ne fait prévoir la décharge délirante. B... n'est pas préalablement agité ou inquiet. Ceux qui l'entourent ne s'attendent à à rien. Il est assis et inactif, regarde ce qui se passe autour de lui, l'air indifférent, comme toujours. Tout à coup il se lève, marche sans hâte, écoute. On l'interroge en vain : l'état second est installé.

Au bout d'un quart d'heure, un peu plus parfois, c'est fini. B... reprend conscience de sa véritable situation ; mais alors, aucun souvenir ne lui reste jamais de l'épisode émotionnant qu'il vient de vivre. Il a mal à la tête ; donc il a dû être malade ; mais que s'est-il passé? il n'en sait absolument rien. Il est hébété et le plus souvent s'endort. Nous l'avons surpris au cours d'un de ces profonds sommeils.

(1) Magnan. *Leçons cliniques sur l'épilepsie,* 1880, p. 2.

©BIUM

Ainsi apparition inexpliquée par les circonstances immédiates, début brusque, amnésie complète après la crise, mal de tête et sommeil consécutifs, tels sont les caractères principaux de ces accès délirants, qui de plus, à de très rares exceptions près, ont encore un aspect identique.

Enfin, et plus que tous les caractères extrinsèques que nous venons d'énumérer, cet aspect, lui-même, de la crise délirante emporte la conviction clinique.

L'équivalent comitial est souvent des plus dramatiques pour le spectateur, à cause de l'intensité de l'état affectif — cependant inconscient — du malade, et à cause de la violence tant de fois dépeinte des réactions. Mais, en aucun cas, l'épileptique ne soigne ou ne charge sa mise en scène. Il fonce et s'acharne s'il attaque ; il écarte brutalement tout obstacle s'il fuit. Ici, où la manifestation est particulièrement discrète, ce qui frappe, c'est la sobriété du jeu du personnage.

B... ne fait pas de gestes ou ne prononce pas de paroles inutiles. Sa mimique est strictement adéquate à son rôle, sans plus ; et c'est la même mesure que l'on observe au moment du retour à la conscience. Nul hystérique ne s'en tiendrait là aussi exactement.

Cet automatisme n'est autre, comme le dit encore Magnan (1), que « l'accomplissement d'actes sans intervention de la conscience, et se trouve sollicité soit par la continuation d'une action familière... soit par le réveil de sensations passées d'images recueillies par les centres perceptifs encéphaliques ».

Ici ce n'est pas la continuation d'une action familière qui sollicite l'automatisme intermittent de B... ; mais il n'est pas sans intérêt de remarquer qu'à chaque accès délirant notre malade évoque parmi ses souvenirs celui d'une scène d'apparition récente dans sa mémoire, mais mieux gravée sans doute en raison de l'émotion qu'elle a déterminée, lorsqu'il y participa réellement, qu'en raison de sa répétition.

Il y a tout lieu de penser d'autre part que cette même scène de guerre fut l'aliment principal de l'onirisme hallucinatoire qui accompagna la confusion post-commo-

(1) Magnan. *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, 1882, p. 2.

©BIUM

tionnelle immédiate ; et c'est elle encore qui fournit le thème le plus habituel des cauchemars dont le souvenir est conservé au réveil.

Appliquons pour terminer, à notre observation, les notions devenues classiques à propos des cas de ce genre : « ... On admet depuis Morel que les épilepsies non convulsives peuvent aussi se traduire par des syndromes psychopathiques qui sont des manifestations de cette épilepsie larvée, comme le sont d'autres syndromes, tels, par exemple la migraine (1)... En règle générale, tout délire transitoire et par accès doit faire songer à l'épilepsie ; et cette hypothèse se transforme pour ainsi dire en certitude, lorsque les accès de ce délire reviennent avec une certaine périodicité, sont identiques entre eux et ordinairement suivis d'amnésie.

« Quant à la forme de ces accès à répétition, elle est essentiellement hallucinatoire et impulsive. Il s'agit le plus souvent... d'une crise de confusion mentale hallucinatoire aiguë, quelquefois même d'un véritable somnambulisme, d'un état second suivi d'amnésie et d'obnubilation (2) ...

« Le diagnostic de psychose épileptique est quelquefois très difficile quand l'épilepsie est larvée...; la répétition des mêmes faits avec les mêmes particularités ; enfin et surtout l'inconscience et l'amnésie de la crise sont caractéristiques des psychoses épileptiques (3) ... »

On nous concédera que tout cela semble avoir été écrit pour le malade faisant l'objet de notre communication.

Idée prévalente de laideur,

par MM. Laignel-Lavastine et Paul Courbon.

Nous désirons entretenir la Société d'un sujet qui est laid, qui le sait, et sur la conduite duquel cette connaissance eut des effets dignes, croyons-nous, d'attirer l'attention. Mais, avant de raconter cette histoire, nous

(1) Régis. *Précis de psychiatrie*, 1914, p. 927.
(2) Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 928.
(3) Régis. *Précis de psychiatrie*, p. 931.

©BIUM

dirons quelques mots des particularités psychologiques qui, d'habitude, accompagnent le sentiment d'être laid.

La laideur, comme la beauté d'ailleurs, est chose toute relative et dont on ne saurait donner une définition universellement admissible. Dans ces conditions, il est bien difficile de préciser les conséquences que peut avoir la laideur sur la conduite de l'être qu'elle frappe.

Cependant, il existe en cette matière une vérité sinon absolue, du moins approximative, que reconnaissent la majorité des gens. Chacun a, dans ses relations, quelques individus, que tout le monde s'accorde à trouver laids.

Ceux-ci ont-ils conscience de leur état? Pas toujours. L'aveuglement sur nos défants est, en général, si complet que les plus disgracieux visages ne sont pas perçus comme tels devant le miroir. Néanmoins, il est des exceptions : des laids se savent l'être. Ce sont eux que nous considérerons dans cette étude.

Le sentiment d'être laid résulte à la fois de l'auto- et de l'hétéro-critiques. C'est souvent à l'occasion d'un épisode de la vie sexuelle que ce sentiment, jusque-là plus ou moins inconscient, apparaît avec netteté.

C'est à la puberté; comme dans *Volupté*, de Sainte-Beuve, roman qui, de l'avis de l'auteur, est autant une auto-biographie qu'une œuvre d'imagination : « Je m'avisai un jour, dit Amaury, de me soupçonner atteint d'une espèce de laideur, qui devait rapidement s'accroître et me défigurer. Un désespoir glacé suivit cette prétendue découverte. »

Ou bien, c'est plus tard, après une expérience sentimentale déjà longue, mais devant la première atteinte d'amour véritable, que le laid a la révélation de ce qu'il est. Samain, dans son *Polyphème*, donne une description imagée de cette découverte tardive :

... L'aimant, je voulus être beau pour lui plaire,
Quand tout à coup, saisi de trouble et de colère,
Je vis que j'étais laid! Hélas! Ce fut un soir
Que, penché sur l'étang comme sur un miroir,
Pour la première fois, je connus mon visage.
Honteux, je brouillai l'eau... l'eau refit mon image.
La nuit vint... Tout fut noir... Je regardais encore,
Et depuis, j'ai vécu triste jusqu'à la mort.

Ainsi, la conscience d'une laideur véritable peut

©BIUM

exister chez celui qui en est atteint. Voyons maintenant ses conséquences.

A. Chez certains, les *indifférents*, cette conscience est sans effet appréciable. Ce sont ceux qui savent limiter la part des qualités physiques dans la valeur totale de l'individu. Ils font le bilan de leurs avantages et de leurs défauts sans que le poids de la beauté soit le plus lourd dans la balance. Ils pensent avec Nicole que laideur et beauté dépendent du caprice et de l'imagination des hommes, et ils ne s'en soucient guère. Ils avancent dans la vie, nullement gênés ni dans les relations sociales, ni dans les relations sexuelles, par ce sentiment d'infériorité. Celui qui proclama la phrase : « De l'audace et encore de l'audace », et qui se montra lui-même très audacieux, Danton, était célèbre par sa laideur. De même, plusieurs des séducteurs fameux ou des femmes les plus aimées furent dépourvus de beauté physique. Roquelaure qui, au dire de Saint-Simon, se vantait avec raison d'être l'homme le plus laid de France, pouvait se vanter également de ses bonnes fortunes. M^lle^ de Lespinasse, qui comptait parmi ses soupirants l'illustre d'Alembert, était d'un visage ingrat. Le bon sens populaire exprime en un dicton grossier cette inutilité de l'esthétique pour la réussite en amour : « Il n'est si vilaine marmite qui ne trouve son couvercle. »

Mais tous les laids conscients sont loin de professer et de posséder cette sérénité. La plupart d'entre eux, au contraire, en sont plus ou moins affectés. Telle l'héroïne du *Roman d'une laide*, paru en 1914. Cette conscience crée chez eux un état d'hyperesthésie auquel ils réagissent suivant leur caractère. A ce point de vue, on peut les distinguer en trois groupes : les timides, les susceptibles, les irrités. Notons que, souvent, le même individu peut se rattacher, par quelques-unes de ses réactions, à plusieurs de ces groupes.

B. Les timides sont ceux qui, constitutionnellement, manquent de confiance en eux, sont repliés sur eux-mêmes. Cette constatation de leur laideur renforce la mauvaise opinion qu'ils ont d'eux-mêmes. Ils sont résignés aux conséquences de cette infériorité qu'ils se découvrent.

©BIUM

Quelquefois la timidité reste circonscrite à l'activité sexuelle ; car c'est dans ce domaine que les grâces du corps ont le plus d'importance, ou bien il y a renoncement complet à tout ce qui concerne l'amour, et l'être reste chaste. Ou bien les restrictions portent sur une partie des relations physiques et la vie sexuelle dure mais se réduit : amour platonique à l'égard de l'objet aimé ; amours vénales protégées par la loi ; amours ancillaires, lorsque les relations ne sont possibles qu'avec des partenaires trop inférieures pour être cause d'intimidation ; enfin, masturbation solitaire dans les cas les plus accentués.

Mais souvent, la timidité s'étend à l'ensemble de la vie sociale. L'individu cherche à vivre loin du monde, soit au couvent, soit dans l'étude, l'art, la boisson, etc... C'est ainsi que Vauvenargues, brillant homme du monde, ne devint écrivain qu'après avoir été défiguré par la petite vérole.

C. Les susceptibles sont ceux qui s'offensent facilement. La constatation de leur laideur provoque un ressentiment contre ceux qui ne sont pas laids. Ce sont des aigris, qui ont tendance à voir dans la conduite des autres la même malveillance à leur égard qu'ils reprochent à la nature. Ils sont nombreux. On sait avec quelle facilité les disgraciés physiques interprètent comme des allusions à leurs infirmités les moindres paroles, les moindres gestes d'autrui.

D. Les irrités sont ceux chez qui l'assurance constitutionnelle, si fréquente chez les susceptibles, se double d'une combativité native. La conscience de leur laideur, au lieu de leur faire honte comme aux timides, au lieu de les blesser comme les susceptibles, les irrite et les pousse à la défense. Ce sont des révoltés, qui réagissent d'une façon excessive. Leurs interprétations sont suivies, ou plus exactement accompagnées — tant la rapidité en est grande — de réactions agressives. Ce sont les redresseurs de tort à vilaine mine, auxquels s'apparentent un peu les Don Quichotte à la triste figure, les Cyrano au nez grotesque.

Telles sont les conséquences habituelles du sentiment de laideur sur la psychologie du laid. A ce degré, elles ne constituent que des anomalies du caractère et ne sont

©BIUM

pas pathologiques. Mais, chez certains prédisposés, elles peuvent être plus accentuées et atteindre une ampleur vraiment morbide.

La *timidité pathologique* peut se réaliser soit à l'occasion d'un acte quelconque de la vie, soit uniquement à l'occasion de l'acte sexuel.

Dans le premier cas, l'individu est perpétuellement obsédé, malgré tous ses efforts d'opposition, par l'idée de sa laideur. Il est véritablement atteint d'*obsession*. Il n'y a souvent pas parallélisme entre la laideur réelle et la conscience que le laid en a, et encore moins entre cette conscience et l'intensité de l'obsession, ce qui prouve bien que la prédisposition joue un rôle essentiel dans la genèse de ces états.

Dans le second cas, c'est au moment du coït que se produit un phénomène, dont le caractère paraît si évidemment pathologique à l'individu, qu'il va aussitôt consulter les médecins sans songer parfois à le rattacher au sentiment qu'il éprouve d'être laid. Ce phénomène est l'absence ou la suppression soudaine d'érection ; il s'agit alors d'*impuissance émotionnelle* déterminée par l'appréhension de dégoûter la femme par sa laideur.

La *susceptibilité pathologique* est celle où la hantise de l'idée d'être laid est volontairement acceptée. Au lieu d'être incommodé par cette idée, le sujet cherche à la légitimer en épiant toutes les preuves des allusions méchantes d'autrui à sa laideur. C'est un *persécuté interprétateur*.

L'*irritabilité pathologique* est constituée par la même prévalence de l'idée d'être laid. Mais, au lieu de se complaire, comme le précédent, dans la rumination des blessures d'amour-propre qu'il croit recevoir des autres, le malade se soulage en les rendant. C'est un *persécuté-persécuteur*.

Voici maintenant l'histoire de notre malade :

Sébastien N..., âgé de vingt-cinq ans, tourneur, est un garçon malingre, qui se tient redressé dans sa petite taille. Regard vif, visage au poil rare et roux, paupières à rebords enflammés, nez cabossé, chevelure longue et criblée de pellicules, tel est l'ensemble du portrait.

Les gestes sont maniérés, la parole recherchée et parfois réticente. Toute l'allure est prétentieuse.

©BIUM

Chétif, Sébastien n'a pas fait de service militaire. Il fut mobilisé, un an après le début de la guerre, comme ouvrier dans une usine de munitions.

Il alla à la visite médicale le 15 mars 1917 pour impuissance et, trouvé un peu bizarre, fut envoyé au Val-de-Grâce.

Voici comment il s'explique avec nous :

« Il y a quinze jours, dit-il, je suis allé voir le médecin pour une impuissance génitale, que je constate depuis deux ans et qui me préoccupe davantage maintenant, en raison d'un projet de mariage. Peu ou pas d'érections depuis deux ans. Je n'ai pas vu de femme depuis un mois. A cette époque, j'ai passé la nuit avec une professionnelle pour me rendre compte de mes capacités ; sans résultat. Depuis deux ans, je n'ai presque pas pu coïter. J'ai essayé plusieurs fois. J'arrive à éjaculer en me frottant contre la femme, mais sans avoir d'érection. Cependant il m'arrive parfois d'avoir des pollutions nocturnes, et souvent je me réveille en érection.

« L'idée de me marier m'est venue d'une façon bien vague. C'est une camarade, que j'ai connue dans une usine et que j'ai appréciée pour sa conversation. Elle me plaît physiquement, mais ce ne serait pas une question charnelle. Je n'ai jamais eu d'érections en pensant à elle. Je l'épouserais pour me créer un foyer. Je lui ai dit que j'étais impuissant. Elle a cru que j'étais syphilitique et je suis venu demander au médecin si la syphilis est une cause de cet état.

« Je n'avais pas quinze ans quand j'ai, pour la première fois, couché avec une femme. Je me suis masturbé peu après ma première communion — c'est une date — environ deux fois par jour — ce n'est pas beaucoup — pendant trois ou quatre mois. Cela m'a passé. Je me masturbais tout seul.

« Lors de mon premier coït, il a fallu plusieurs heures pour que j'entre en érection. Je préférais me masturber ; cela m'émotionnait moins.

« Par goût, je ne serais pas porté vers les femmes, car la bestialité de l'acte me dégoûte ; c'est par crânerie, pour faire comme les autres. J'aimerais embrasser les femmes, de grand cœur ; seul l'acte sexuel me dégoûte et cela doit les dégoûter elles aussi. Le couple devrait être si beau pour que l'acte ne soit pas répugnant !

« Dans mes derniers coïts, je prenais la femme au maximum deux fois dans la nuit.

« Organes génitaux normaux, pas de cicatrice.

« Je n'ai pas suivi le métier de vendeur de chaussures de mes parents, parce que j'ai eu des boutons dans la figure, qui m'ont rendu affreux ou du moins pas présentable. Je dis pas présen-

©BIUM

table, Docteur, pour vous faire plaisir; mais en réalité, je suis bien laid.

« Je ne sortais jamais le dimanche à cause de mon acné. J'étais un peu la bête curieuse; du moins, j'en avais l'impression; on se retournait sur mon passage. Je n'osais pas regarder les gens en face; j'avais l'air sournois.

« Je n'avais pas d'amis; d'abord je n'aime pas les amis. Je me crois un peu spécial à ce point de vue. L'idée ne me vient pas, quand je fais quelque chose, qu'il y a quelqu'un à côté de moi à qui je puisse demander quelque conseil ou parler. A table, par exemple, chez moi, je ne causais pas — c'est un naturel, peut-être, comme cela.

« Quand je vais avec une femme, j'ai l'impression que je suis laid et la dégoûte. Cela s'est un peu atténué à la longue, mais c'était à l'origine. Et il y a tant de vrai dans cette impression! Cependant, je préfère la femme à l'homme; sa conversation est plus agréable; celle de l'homme est ordurière et triviale. L'homme est plus grossier, surtout l'homme d'usine qui ne cause que d'affaires de c.., tandis que la femme cause d'autre chose. Je ne serais pas timide avec les femmes pour la conversation, mais dès que je me sens en tête-à-tête avec l'une d'elles, si, par exemple, elle me sourit, j'ai l'impression immédiate que c'est pour me narguer à cause de ma laideur.

« Deux personnes causent à côté de moi à voix basse; aussitôt il me semble qu'elles parlent de moi et de ma laideur.

« Instinctivement, j'étais l'ennemi du mariage; aussi l'idée ne m'était-elle jamais venue de me marier avant de rencontrer cette jeune femme. L'idée de me marier avec elle m'est venue peu à peu au bout de deux mois de fréquentation. Elle travaillait à côté de moi à un tour voisin. Nous nous prêtions des outils. Ce qui m'a plu c'est qu'elle est plutôt masculine par tempérament, pas trop charnelle, pas trop coquette. Elle n'est pas timide. Elle m'a dit que, tout en voulant un homme normal, il lui déplairait qu'il aimât par trop cela. Elle est très simple dans sa mise. Elle entraîne à la conversation, mais n'est pas grossière. Quoique peu raffinée, elle a des mots d'esprit.

« Elle demeure chez sa sœur, modiste à Vannes; je crois qu'elle a eu un amant, quoiqu'elle ne l'ait pas avoué; cependant elle est très sérieuse. Elle ne fait pas la cour aux hommes. Elle est fière.

« J'ai été en classe à Brest jusqu'à quatorze ans et demi; ensuite à l'école des mécaniciens; puis je suis venu à Paris à dix-sept ans, où je suis entré en place comme mécanicien. Jusqu'avant la guerre, trois places; je gagnais 90 centimes l'heure.

« Je fus ajourné deux fois pour faiblesse générale.

« Mes distractions hors du travail, lectures, dessins, pein-

©BIUM

ture. Des études sociales : Kropotkine, Bakounine, Schopenhauer, Paul Adam. J'avais des idées personnelles. Pas de syndicalisme. Individualisme d'idées. Tout ce qui a rapport à l'être seul me plaît beaucoup et je voulais même vivre sans le mariage. Jamais de propagande par la parole ; les ouvriers sont bien trop nuls, trop abjects. Les ouvriers me déplaisent. Ce sont des malheureux ; mais ils sont trop vulgaires, ne se respectent pas eux-mêmes. Je le leur ai dit, quand j'en trouvais l'occasion, dans les ateliers. Je ne frayais pas avec eux. Si j'avais besoin de quelque chose, je m'adressais au chef d'équipe plus volontiers.

« J'ai écrit dans le journal *L'Anarchie* des idées personnelles, que je développais contre la Patrie en général.

« — Faut-il faire la paix? lui demandons-nous.

« Je ne suis pas supérieur, mais ces questions sont trop terre à terre de savoir ou non s'il faut traiter de la paix. Ce sont des questions de gros sous, financières. Personnellement, cela ne se pose pas chez moi de savoir s'il faut ou non faire la paix. Je ne m'intéresse qu'à la question ouvrière : améliorer le sort d'un ouvrier. Cette question ouvrière ne dépend pas de la question de la guerre. Comme l'ouvrier n'y peut rien, je m'en désintéresse.

« Les hommes d'action sont rares. Ce sont les individualités, qui se rebellent contre la souffrance et non les ouvriers. Ceux-ci ont pour maxime : « Faut pas s'en faire. » Aussi ne m'intéressent-ils pas. Ils peuvent crever. C'est mon idée, qui est belle et juste.

« Je me suis toujours mieux entendu avec les patrons qu'avec les ouvriers. Ils m'appréciaient comme mécanicien. Ils raisonnent mieux. Je travaillais sérieusement pour eux, quoique ce soit en contradiction avec mes idées. Mais je n'ai pas l'argent qu'il faudrait pour être logique. Alors je fais ce qu'il faut pour en avoir, c'est-à-dire je travaille le mieux possible pour gagner le plus.

« Chaque homme devrait produire et il y aurait harmonie. Je ne suis pas pour le moindre effort, qui nous mènerait au néant.

« Je me regardais dans la glace et ces boutons, je cherchais à les expliquer. Je conclus que dans ma figure il y a un ensemble de cellules. Chacune doit faire un certain travail. L'insuffisance de travail détermine une désorganisation, d'où résultent ces boutons. La vie sociale est de même. C'est la paresse qui empêche l'harmonie. Les ouvriers, qui ne s'en font pas, sont comme les cellules oisives de ma peau. Ils sont l'acné de la Société.

« Dans un atelier, la paresse de huit ou dix empêche d'obtenir satisfaction des revendications ; car le patron prend ces gens

©BIUM

en exemple pour démontrer que nous sommes des fainéants.

« Je ne parlais pas dans les clubs, non par émotivité, ni peur, car j'étais trop convaincu de mon raisonnement, mais parce que je n'aime pas le peuple. Il est trop bête, trop nul. J'en ai horreur. Mon horreur du peuple part encore en grande partie de ma laideur.

« Tous les gens, qui se retournaient sur mon passage, ne me prouvaient pas leur intelligence : syphilitique, chatouillard, crevé, me disaient-ils. Et j'en arrivais à conclure que le peuple n'est pas assez évolué pour comprendre ce qui se dit dans les conférences. Le peuple souverain ne peut pas exister à l'heure actuelle. Il ne peut exister qu'un souverain, un autocrate. L'étape actuelle est encore à l'autocratie.

« Quoique non-croyant, je reconnais que la séparation des Eglises et de l'Etat a fait perdre de son sens moral au peuple.

« L'art, on s'en désintéresse, il ne sert qu'à distraire au lieu d'élever moralement. On ne le comprend pas ; mais on ridiculise les gens laids.

« J'ai donc personnellement beaucoup à souffrir de la bêtise de mes compagnons. Et, comme je vous l'avoue, je ne puis pas voir sourire les passants, je ne puis pas entendre chuchoter un groupe, sans penser qu'on se moque de ma laideur. Croyez bien, Docteur, que c'est très rare quand je me trompe. Mais je ne suis pas à plaindre, en réalité, car il y a autant de jalousie que de bêtise dans cette moquerie. Je gagne largement ma vie, je suis infiniment supérieur à ceux qui se moquent de moi et je me suffis absolument tout seul. Même cette femme, que l'idée m'est venue d'épouser parce que je la crois digne de moi, je m'en passerais le plus aisément du monde, si par hasard je la découvrais comparable au vulgaire. Je n'ai jamais eu d'amis et n'en veux pas avoir ; car tout bons qu'ils puissent paraître, les amis ne sont jamais des amis. Je méprise trop les autres, et à bon droit, pour tenir à quelqu'un.

« La seule chose, qui m'inquiète, est de savoir si j'ai la syphilis et mon seul désir est de guérir de la maladie qui m'empêche d'avoir des érections, quand je veux accomplir l'acte sexuel. J'ai pris toutes espèces de médicaments pour cela et tous, même la yohimbine, sans résultat, etc... »

Il s'agit, en somme, d'un individu qui a le sentiment d'être laid. Ce sentiment est fondé dans une certaine mesure. Le sujet est chétif, sa taille est petite et cambrée, son visage acnéique et duveté de roux, son nez bosselé, ses yeux vifs mais encapuchonnés sous des paupières ourlées de blépharite, ses cheveux saupoudrés de pellicules. En l'apercevant, le moins qu'on en puisse

©BIUM

dire est qu'il n'est pas beau. Cependant, il a l'air intelligent et s'exprime avec une aisance recherchée ; aussi l'impression de laideur, qui émane de lui, ne tarde-t-elle pas à disparaître au bout de quelques minutes d'entretien.

Il a pris conscience de cette disgrâce physique dès son enfance, en contrôlant dans sa glace les quolibets des gens et les apitoiements de sa famille. Il prétend n'avoir pas souffert de cette infériorité et encore maintenant s'indignerait si on le plaignait. Néanmoins, toute sa vie fut orientée vers l'éloignement des hommes.

Il rechercha et pratiqua toujours la solitude. C'est ainsi qu'il évite de sortir le dimanche par crainte de la critique des flâneurs et qu'il renonça à la succession commerciale de ses parents pour apprendre le métier d'ouvrier d'usine, afin de ne pas avoir affaire à la clientèle.

Il devint peu à peu d'une misanthropie stricte, se vantant de ne pas avoir d'amis, de ne jamais demander de conseils à ses camarades, de se suffire à lui-même.

Son activité, ainsi détournée au maximum de toute pratique sociale, n'eut plus que lui-même et les lectures pour objet. Il resta toujours théoricien et devint anarchiste.

Mais toutes ces conséquences du sentiment d'être laid s'accomplirent insensiblement et presque à son insu, tandis qu'il n'en fut pas de même de celles qui eurent lieu dans le domaine de son activité génitale, puisque c'est à leur occasion qu'il vint consulter le médecin. Il ne peut, faute de rigidité, accomplir l'acte sexuel. C'est la guérison de cette maladie qu'il réclame, afin de pouvoir épouser une jeune fille qui lui plaît.

Les réactions consécutives au sentiment d'être laid, que nous voyons chez ce malade, ressortissent donc à deux des groupes psychologiques précédemment étudiés : la timidité et la susceptibilité. De plus, elles sont, par leur intensité, vraiment pathologiques.

A la timidité sexuelle doit être rattachée l'impuissance. En effet, il existe, en dehors du coït, des érections spontanées ; l'éjaculation arrive sans l'intermédiaire de l'érection lors des rapprochements sexuels ; l'appétit vénérien, quoique diminué, n'est pas supprimé. Enfin,

©BIUM

l'apparition de cet appétit eut lieu à une date normale, et pendant longtemps se soulagea par la masturbation; peut-être en est-il encore de même malgré les dénégations de Sébastien.

Il s'agit là d'une timidité génitale, dont la première manifestation remonte au premier coït. Il lui fallut alors très longtemps pour entrer en érection et il fut très ému. Il avoue avoir, dès ce moment, préféré la masturbation, qui l'émotionnait beaucoup moins ; il n'y avait pas de femme, dont il craignait le dégoût.

Cette timidité génitale s'est exaspérée depuis que le malade songe au mariage. Les répétitions préparatoires de la nuit de noce, auxquelles il se livre avec des figurantes, sont inspirées par l'attente anxieuse du résultat désiré et naturellement jamais obtenu. Nous avons affaire là à une timidité, dont les effets inhibitoires disparaîtront vraisemblablement avec l'habitude d'une partenaire aimée.

Il n'en est pas de même des autres réactions du sujet. Elles ont une origine et un pronostic différents. Sa conduite sociale n'est pas celle d'un timide. Il n'a pas cette crainte du jugement des autres qu'on trouve dans la timidité. Au contraire, il a pour le commun des êtres de sa condition un souverain mépris. « Je ne parlais pas dans les clubs, non par émotion ou par peur de ma laideur, dit-il, car j'étais beaucoup trop convaincu de mon raisonnement, mais parce que je n'aime pas le peuple, qui est trop bête, trop nul. »

De plus, il ne craint pas de parler aux rares personnes, qu'il juge mériter son estime et qui toutes sont d'un niveau social supérieur au sien. Il n'est pas gêné pour s'expliquer avec certains patrons, contremaîtres ou médecins. En somme, tandis qu'il est défiant de lui en amour, il est méfiant des autres dans la vie.

Ses sentiments altruistes semblent avoir à peu près disparu. En soutenant ses idées anarchistes, il agit non pour le bien de l'humanité, mais pour réaliser ses propres conceptions, qui sont forcément justes, puisque venant de lui. « Je n'aime pas les amis », clame-t-il bien haut.

Enfin, nous avons vu que ses interprétations sur la conduite des gens aboutissent toujours à l'idée d'une

©BIUM

allusion malveillante relative à sa laideur. Il reconnaît ne pas pouvoir voir causer deux personnes sans conclure qu'elles se moquent de lui.

Sa laideur est donc présente à sa pensée non comme une idée obsédante qu'il s'efforcerait de chasser, mais comme une idée prévalente à laquelle il subordonne volontairement toute sa conduite. Comme tel, il peut être considéré comme un *paranoïaque fruste* et nous avons en lui une *forme atténuée de délire d'interprétation*.

Au total, nous avons affaire à un *délire de persécution avec impuissance génitale consécutif à une idée prévalente de laideur physique*.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Les secrétaires des séances,

J.-M. DUPAIN et TRUELLE.

SÉANCE DU 25 JUIN 1917

Présidence de M. COLIN, vice-présiden .

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

M. Haury, membre correspondant, assiste à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de Mme Jules Ferry, présidente de « l'Assistance aux Dépôts d'éclopés », qui remercie la Société de la contribution qu'elle a bien voulu accorder à son œuvre ;

2° Des lettres de MM. Chaslin et Legras, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance manuscrite comprend les brochures suivantes de M. le professeur Roberto Massalongo : *Sur le syndrome ataxique hérédo-familial et ses*

©BIUM

variétés ; *Polynévrite aiguë forme béribérique* ; *Alexandre Benedetti et la médecine vénitienne au XIV^e^ siècle.*

Mort de M. Lucien Picqué.

M. LE PRÉSIDENT. — J'ai le pénible devoir de vous annoncer la mort de notre collègue, le D^r^ Lucien Picqué, membre de la Société médico-psychologique depuis 1915.

Le D^r^ Picqué avait débuté dans la carrière médicale comme médecin militaire. Il démissionna en 1880, devint, en 1884, chef de clinique chirurgicale et plusieurs d'entre nous, moi-même en particulier, ont eu l'occasion de le connaître et de l'apprécier dans le service du professeur Gosselin et du professeur Berger.

Il fut nommé chirurgien des Hôpitaux en 1887 ; c'était un des rares chirurgiens des Hôpitaux qui n'avait pas passé par l'internat.

Chirurgien adjoint des asiles de la Seine en 1886, il devint plus tard chirurgien en chef de l'asile Sainte-Anne.

Le D^r^ Picqué prenait l'intérêt le plus vif à notre spécialité. C'était un membre assidu de nos Sociétés et aucune de nos discussions ne le laissait indifférent. Il s'était fait une place à part et des plus éminentes dans le domaine de la chirurgie des aliénés.

Bien que malade au début de la guerre, il avait immédiatement repris du service aux armées. Médecin principal de l'armée territoriale, il opéra tout d'abord à Paris. Mais son activité inlassable le porta bientôt à solliciter un autre poste. Chirurgien de l'armée d'Orient dès sa formation, il participait aux expéditions des Dardanelles et de Salonique, installant les formations sanitaires, se dépensant sans compter. Au bout de longs mois de travail, il dut prendre du repos en Egypte, puis se rendit en Italie où il succomba au mois d'avril dernier aux suites d'une délicate opération.

Je n'ai pas à vous rappeler le collègue aimable et distingué que vous connaissiez tous et dont beaucoup d'entre nous ont pu apprécier l'obligeance toujours présente.

Sa mort ajoute une perte nouvelle à celles que cette

©BIUM

terrible guerre nous a déjà imposées. Il convient de rendre hommage au courage et à l'abnégation dont a fait preuve le Dr Lucien Picqué en sacrifiant ce qui lui restait de forces et de santé au service de la patrie.

Réunion extraordinaire de la Société clinique de médecine mentale.

M. COLIN fait part à la Société des démarches qu'il a faites en vue de la session extraordinaire de la Société clinique de Médecine mentale qui devait se réunir le samedi 30 juin. M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé n'étant pas libre à cette date, la réunion aura lieu le samedi 7 juillet. Une séance aura lieu le matin ; une autre l'après-midi. En conséquence, la circulaire suivante sera envoyée à tous nos collègues des trois Sociétés de médecine mentale.

« Mon cher collègue, sur la demande de M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé, qui a bien voulu en accepter la présidence, la réunion de la Société clinique de Médecine mentale, qui devait avoir lieu le 30 juin, est reportée au samedi 7 juillet prochain.

« Afin de grouper le plus grand nombre possible de nos collègues spécialisés dans l'étude des maladies mentales, la Société clinique a décidé d'inviter les membres de la Société médico-psychologique et de la Société de Psychiatrie à prendre part à ses travaux. Cette invitation a été acceptée.

« Les trois Sociétés se réuniront donc au siège de la Société médico-psychologique, 12, rue de Seine (Paris, VIe). Il y aura deux séances, la première à 9 heures, la deuxième à 14 heures.

Ordre du jour.

« SÉANCE DU MATIN A 9 HEURES. — *La réforme des paralytiques généraux*. Rapporteur : M. le Dr PACTET, médecin en chef de l'asile de Villejuif, médecin-major de 1re classe, hôpital de Maison-Blanche.

« SÉANCE DE L'APRÈS-MIDI A 14 HEURES. — 1° *La confusion mentale de guerre* (étiologie, formes cliniques, séquelles, pathogénie). Rapporteurs : M. le

©BIUM

Dr Capgras, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, médecin-major au Centre de Psychiatrie d'Orléans ; M. le Dr Juquelier, médecin en chef de l'asile Moisselles, médecin-major au Centre de Neurologie de Tours ; M. le Dr Bonhomme, médecin-major de l'hôpital de Maison-Blanche, actuellement aux Armées.

« 2° *Communications diverses.*

« M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé a bien voulu autoriser ses collègues mobilisés à se rendre à Paris pour se joindre à leurs confrères civils. Ils recevront une convocation spéciale du ministre de la Guerre... »

Délire mystique chez un blessé de l'encéphale,

par MM. Henri Claude, J.-G. Lhermitte et A. Vigouroux, médecins-majors du Centre neurologique de la VIIIe région.

Si nous connaissons aujourd'hui assez exactement les perturbations que peuvent provoquer dans le fonctionnement de l'encéphale les blessures de guerre et en particulier celles qui sont suivies de trépanation, il faut reconnaître que nous sommes bien moins éclairés sur les liens de causalité qui peuvent réunir le traumatisme du crâne et du cerveau à l'éclosion d'un délire plus ou moins étroitement systématisé.

Aussi avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt, à l'occasion d'un blessé que nous avons pu récemment examiner et suivre, d'en rapporter l'observation et de discuter la portée que pourrait prendre son interprétation tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue médico-légal.

Observation. — Il s'agit d'un soldat, Mor..., âgé de trente-trois ans, célibataire, qui, le 25 septembre 1915, fut blessé dans la région occipitale droite par un éclat d'obus. Immédiatement après cette blessure, il ne présenta aucun phénomène qui puisse être rapporté à une lésion cérébrale en foyer. La trépanation fut faite dès les premiers jours qui suivirent la date de la blessure et l'on peut constater aujourd'hui la réalité de cette intervention, sous la forme d'une perte de substance osseuse occipitale, du diamètre d'une pièce de 1 franc.

SBIUM

Jamais le blessé ne présenta de troubles de la vision. Lorsque la cicatrisation de la plaie fut complète, Mor... fut envoyé en convalescence de deux mois après avoir été examiné par le professeur Pierre Marie, à la Salpêtrière.

Il rejoint le dépôt de son régiment et là, le 26 avril 1916, on le verse dans le service auxiliaire en raison de la blessure cranienne.

Jusqu'au mois de septembre 1916, il ne semble pas que Mor... ait présenté aucun trouble psychique; c'est seulement dans les premiers jours de septembre, un an après sa blessure, qu'il eut une vision dont il se rappelle tous les détails. Au-dessus de la croix de l'église de Chantenay, village où il était à cette époque, il aperçut un oiseau multicolore qui passait lentement dans le ciel; dans son plumage, se mouvaient les couleurs de l'arc-en-ciel. Etonné, il baissa les yeux pour les reporter sur les maisons du voisinage, mais l'apparition suivait son regard et se projetait nettement sur les murs blancs qui l'entouraient.

Au bout d'un temps qu'il ne peut préciser, cette vision s'effaça et disparut.

Etonné de la vision qui venait ainsi le visiter, Mor... se demanda si celle-ci représentait une réalité ou si elle n'était qu'un phantasme; et très judicieusement, il se posa la question de décider si la blessure encéphalique dont il était porteur n'était pas pour quelque chose dans cette apparition étrange et tout à fait inaccoutumée. Interrogeant des camarades, blessés comme lui, du crâne, il apprit que ceux-ci jamais n'avaient eu de semblables visions. Il pensa alors que le tabac, dont il faisait, à cette époque, un usage immodéré, était peut-être responsable, par l'empoisonnement qu'il provoquait, de troubler le fonctionnement normal du cerveau et, brusquement, il cessa de fumer. Malgré cette abstinence, la vision revint avec la même intensité.

Pendant l'hiver, en effet, quatre fois encore la même vision reparut, et, en examinant de plus près la *figure* de l'oiseau, il comprit que c'était la Sainte Vierge. Elle ne lui a point parlé.

En rêve, plusieurs fois, il eut des visions analogues et il lui semble qu'alors la Sainte Vierge lui a parlé, mais il a oublié complètement le sens des paroles qu'elle lui adressa.

Convaincu, après ces différentes épreuves, de la réalité des visions qui l'obsédaient, Mor... en conclut que c'était réellement la Sainte Vierge qui, sous l'apparence symbolique d'un oiseau au plumage multicolore, venait le visiter.

Mais pourquoi, tout spécialement, la Sainte Vierge lui réservait-elle les faveurs d'une apparition? Mor... se souvint que plusieurs fois il l'avait implorée et que particulièrement le 25 septembre, jour de l'attaque au cours de laquelle il fut blessé,

©BIUM

il demanda à Notre-Dame-de-Lourdes de le protéger; il se rappelle même un détail qui pourrait, à d'autres que lui, sembler prosaïque; il a partagé un jour un morceau de fromage de gruyère et a inscrit sur une moitié, une invocation à la Sainte Vierge : cette prière fut efficace.

Mais les visions ne se bornèrent pas à l'apparition de l'oiseau, il vit aussi, tantôt un globe rouge qui, dans le silence des champs, brûlait comme une lampe d'église, tantôt des dames blanches ou noires qui, à bicyclette, descendaient du ciel, tantôt enfin d'autres visions dont le souvenir lui est resté très imprécis.

A partir du moment où Mor... eut la conviction que c'était bien une apparition céleste dont il avait eu la révélation, il se laissa aller à l'influence bienfaisante de la Sainte Vierge; elle seule le dirigera désormais.

Mais cette assurance ne lui suffit pas; il se demanda pourquoi lui, si simple en apparence, voyait ce que les autres ignorent, pourquoi il était favorisé tout spécialement. Si cette faveur insigne lui échoyait, n'est-ce pas qu'il devait être appelé tôt ou tard à un rang suprême? — Après beaucoup de réticences, il avoue qu'il sera Roi de France — et que comme Jeanne d'Arc, envoyé par Dieu, il sauvera la France.

Les apparitions, les rêves dont nous venons de parler, ne constituent pas à eux seuls les éléments sur lesquels Mor... appuie et échafaude son délire; dans la genèse de celui-ci intervient, pour une très large part, l'interprétation des phénomènes en apparence les plus naturels du monde. Doué, par la grâce du Ciel, de qualités spéciales, Mor... comprend la signification de tout ce qui l'entoure; il n'en voit pas seulement, comme les autres hommes, l'image, mais il en saisit la signification cachée. Dès lors, tout n'est plus pour notre malade que symbole; le blanc signifie la pureté, l'ordre, la royauté et il importe que toujours il domine le rouge, expression de l'anarchie, du désordre, de l'athéisme. Voit-il se croiser deux troupeaux de moutons sur un chemin? Aussitôt il réfléchit et compte le nombre de ceux qui sont porteurs d'une laine blanche et ceux d'une laine roussâtre; les premiers ont dépassé les autres, tout est bien, c'est l'annonce de l'imminence du royaume de France. Cette idée de la lutte entre les éléments blanc et rouge le hante, au point qu'il calcule la proportion de blanc et de jaune des œufs et arrive à se démontrer que la proportion du jaune est exactement de 1/5e par rapport à celle du blanc.

Nous ne voulons pas insister sur la signification étrange et souvent burlesque que prennent pour Mor... tous les objets qui l'entourent : la lampe qui doit brûler les rouges, l'essence qui les désinfectera, etc...

Pour conjurer les mauvais esprits qui voudraient le tenter, il confectionne des talismans : une croix de carton, un disque de cuivre, symbole du louis de France, il place au-dessus de son lit un rameau de buis, enfin il déchire ses vêtements, refuse de se nourrir par esprit de pénitence.

Outre les hallucinations et les illusions visuelles dont nous venons de retracer les caractères, le délire de Mor... s'alimente-t-il d'hallucinations auditives? Cette question que nous nous sommes posée dès le premier interrogatoire est assez difficile à trancher d'une manière absolue, en raison des réticences du sujet. Toutefois, il n'est pas téméraire d'affirmer que si hallucinations auditives il y a, celles-ci ne sont que tout épisodiques et ne jouent qu'un rôle de second plan dans la construction et la fixation du système délirant. Les hallucinations auditives que nous identifions chez Mor... sont des plus banales et confirmatives de son délire. Une voix douce lui aurait dit : « Tout n'est pas perdu, tu seras... ».

Il ne nous a pas avoué d'hallucinations psychiques.

Depuis son entrée au Centre de neurologie de Bourges, le 25 mai 1917, l'état psychique de Mor... ne s'est guère modifié. Le fond même du délire est resté identique à ce qu'il était à l'arrivée du malade et si cette construction mystique a pu être masquée ou camouflée par quelques idées de persécution, celles-ci n'ont jamais présenté, en vérité, aucune fixité.

On le voit, les troubles psychiques que présente notre blessé sont assez classiques pour que le diagnostic, au moins la classification de ce délire, s'impose. En réalité, l'intérêt principal de l'observation que nous rapportons n'est pas là et tient beaucoup moins aux caractères du système délirant de Mor... qu'aux conditions très spéciales dans lesquelles il est survenu, à la période d'incertitude et de doute qui l'a précédé, comme aussi au problème médico-légal et tout d'actualité qu'il soulève relativement à la situation militaire du blessé.

Mais, avant d'en venir à ces différents points, nous voudrions rappeler très brièvement certains traits assez frappants de la genèse de ce délire mystique.

Lors de la première vision, notre blessé surpris émit des doutes au sujet de sa réalité et se demanda, avec beaucoup de sens, s'il n'était pas le jouet de phantasmes provoqués par l'intoxication tabagique ou par les modifications encéphaliques consécutives à la blessure du cerveau dont il était porteur. De telle sorte que le pro-

©BIUM

blème que nous aurons à discuter relativement à l'origine du délire, ce fut le malade lui-même qui lucidement se le posa.

Cette période de doute, de perplexité, ne fut pas peut-être de très longue durée, mais le fait de son existence doit être soulignée, car il démontre nettement l'origine hallucinatoire primitive de ce délire mystique.

Les explications naturelles étant insuffisantes pour éclairer, au gré du malade, les phénomènes si étranges qu'il constatait, on comprend fort bien que celui-ci ait cherché à leur retrouver une origine extra ou supranaturelle. Séduisante pour un sujet comme Mor..., débile et naïf, cette explication devait le conduire tout droit à la rêverie mystique dont il est aujourd'hui complètement imprégné.

Nous l'avons dit, Mor... fut blessé dans la région occipitale, le 25 septembre 1915, au cours d'une attaque, par un éclat d'obus. Cette blessure ne détermina aucune lésion encéphalique en foyer, en apparence tout au moins, car nous n'avons relevé absolument aucun symptôme qui pût en témoigner. Il ne semble pas que le lobe occipital sous-jacent à la brèche osseuse ait été même quelque peu sérieusement contusionné, car Mor... n'a jamais ressenti de trouble de la vision, et l'examen oculaire, pratiqué au Centre ophtalmologique de Bourges, demeura complètement négatif.

Existe-t-il un rapport quelconque entre cette blessure du crâne et l'hallucination de la vue qui a précédé l'éclosion du délire chez Mor...? telle est la question que nous devons maintenant nous poser.

On sait que, dans certains cas, les lésions de la sphère sensorielle cérébrale ont déchaîné des phénomènes hallucinatoires et, par suite, orienté un délire dans un sens particulier. Pour ce qui est de la sphère visuelle cérébrale, MM. Lereboullet et Rouzon, dans un article tout récent, rapportent l'observation d'un soldat blessé, chez lequel une lésion traumatique de la région calcarinienne fut suivie d'hallucinations visuelles dans le champ obscur de la vision. Les hallucinations olfactives ou visuelles, qui peuvent, chez les tabétiques, aptes à délirer par leur constitution, être l'origine d'un délire, sont trop connues pour que nous les rappelions davantage.

CBIUM

Chez notre blessé, en nous basant sur les notions actuellement admises, nous ne pensons pas qu'il soit possible de rattacher par un lien de causalité le délire à la blessure cranio-encéphalique. Et cela, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, la longue période qui sépara le traumatisme et les accidents psychiques ; pendant cette période, Mor... ne présenta absolument aucun trouble mental; ensuite, le manque de tout trouble visuel saisissable. Il est, en effet, plus que probable que s'il avait existé, au moment où se produisit la première hallucination, quelque perturbation de la vision, le sujet l'aurait remarquée et aujourd'hui, nous saisirions au moins quelque trace ; or, l'appareil visuel est actuellement parfaitement intact.

Enfin, il est à remarquer que les caractères de ce délire sont tellement calqués sur ceux du délire mystique des dégénérés qu'il est difficile au nom de la clinique de ne pas faire rentrer notre malade dans le groupe des mystiques dégénérés.

Mais il y a plus, et si nous recherchons les antécédents héréditaires de Mor..., nous constatons que sa mère présenta, à plusieurs reprises, des crises de dépression mélancolique, dont l'une fut si intense qu'elle nécessita l'internement de la malade à l'asile de la Charité. Notre blessé était donc prédisposé au délire par sa constitution héréditaire.

Il nous semble, en dernière analyse, qu'il est impossible de saisir le lien de causalité qui unit le développement du délire mystique chez Mor... à la blessure qui l'a frappé, et la lésion cranio-encéphalique, l'hallucination visuelle aux troubles psychiques actuels. La relation entre ces deux phénomènes ne serait pas causale mais contingente.

Mais alors se pose le problème médico-légal militaire. Mor..., versé dans le service auxiliaire, a droit à une gratification d'environ 20 p. 100 de par sa blessure cranienne avec perte de substance, sans saillie de la dure-mère (*Guide-barème des invalidités*, p. 43). Délirant mystique, il devient inapte à tout service militaire : il doit être réformé. Ne devra-t-on tenir aucun compte du trouble mental dans l'estimation de l'indemnité qui lui est due? Nous ne le croyons pas. Car bien qu'encore

©BIUM

mal déterminé dans sa pathogénie et mal précisé dans ses effets, le rôle aggravateur ou accélérateur des fatigues, des émotions de la guerre et surtout du traumatisme cranien, ne peut être scientifiquement rejeté. C'est pourquoi nous estimons que ce blessé délirant doit bénéficier du doute qui fait encore hésiter notre jugement.

DISCUSSION

M. VALLON. — Cette observation est des plus intéressantes, notamment parce qu'on y suit, depuis l'origine, la genèse du délire; la relation de celui-ci avec le traumatisme ne peut être niée. Blessé dans une région de l'encéphale correspondant à la sphère visuelle, ce malade a d'abord présenté des hallucinations de la vue ; celles-ci, on le sait, sont particulièrement fréquentes chez les mystiques. Puis il a interprété et systématisé ses troubles sensoriels. Tout cela me paraît justifier une réforme n° 1 avec pension, non pas seulement en raison de la blessure subie, mais en raison aussi de l'état d'aliénation consécutif.

M. PACTET. — Je crois qu'il faut étudier chaque cas séparément, et que tout ici est affaire d'espèces. Ce n'est pas dans une question aussi obscure que celle de l'étiologie et la pathogénie des délires que l'on peut poser des principes généraux immuables.

M. VIGOUROUX. — J'entends bien. Mais les faits de ce genre et d'autres analogues sont nombreux, et il serait utile de pouvoir poser au moins quelques règles. Sans doute les difficultés sont grandes. Voici, par exemple, un fait : Un soldat est blessé dans un accident de chemin de fer, une fugue hallucinatoire consécutive le fait admettre au centre neuro-psychiatrique : là on constate des idées de persécution en relation avec les troubles hallucinatoires et il semble évident que cette bouffée délirante soit en rapport avec le traumatisme subi. Or, plus tard, on apprit par son père que dix ans auparavant, il avait déjà fait des fugues délirantes.

Il serait bon, je le répète, de pouvoir poser quelques règles. Je demanderai, par exemple, à la Société, si elle estime que les seules fatigues et préoccupations de la guerre puissent produire un accès mélancolique.

©BIUM

M. PACTET. — Je le crois pour ma part. Depuis quelques années, on a trop négligé les causes morales dans l'étiologie des troubles mentaux. Quand on considère les perturbations physiologiques qui se manifestent au cours de certaines émotions, on ne peut rejeter *a priori* comme cause déterminante les émotions si puissantes et si diverses de la guerre actuelle.

M. ARNAUD. — Il y a ici deux points de vue auxquels on pourrait se placer : théoriquement, une cause morale peut-elle être suffisante sans prédisposition? Pratiquement, négliger la question théorique, et accorder une pension ou un secours d'après les seules circonstances occasionnelles, sans tenir compte de la prédisposition. C'est, en somme, ce que l'on fait dans les accidents du travail où il ne doit pas être tenu compte de l'état antérieur.

M. VALLON. — En aucun temps on n'a vécu dans un milieu pareil à celui créé par les conditions de la guerre actuelle. On y trouve accumulées les circonstances physiques et morales déprimantes les plus graves ; il se peut donc que cette accumulation de causes produise des effets relativement nouveaux. En particulier, ce peut être, pour certains troubles mentaux, une étiologie jusqu'à présent inaccoutumée.

M. COLIN. — Je suis convaincu que les circonstances de la guerre actuelle peuvent par elles-mêmes engendrer des états mélancoliques, sans hérédité nécessaire préalable, et aussi non seulement chez ceux qui sont au front, mais encore chez des soldats de l'arrière, voire chez des ouvriers des usines de guerre, pour peu qu'ils soient en proie à des tracas excessifs. J'en ai de nombreux exemples dans mon service de Villejuif.

M. PACTET. — Quand vous vous trouvez en présence d'une possibilité étiologique tangible, d'un traumatisme cranien, aussi léger soit-il, d'une simple « chiquenaude », pourrait-on dire, vous vous en déclarez satisfait. Pourquoi ne pas tenir compte des causes morales, parce qu'elles ne nous sont pas tangibles?

M. VALLON. — Ce que disait M. Arnaud au point de vue pratique est tout à fait juste. La situation n'est pas spéciale aux seules maladies mentales : nous avons tous vu autour de nous des personnes, des confrères

©BIUM

même, apparemment bien portants, considérés comme tels, remplissant les charges de leur profession et satisfaisant à ses fatigues, ne pas suffire au surcroît d'épuisement occasionné par les circonstances où la guerre les a placés, et un certain nombre même en sont morts.

Sur les pseudo-hallucinations chez deux délirants mystiques,

par MM. Colin et R. Mourgue.

L'état de guerre n'est pas seulement intéressant par les troubles psychiques qui apparaissent chez le combattant, mais aussi par ceux qui se rapportent aux représentations collectives de la société à un moment donné. Les deux malades que nous aurons l'honneur de vous présenter tout à l'heure rentrent justement dans la catégorie du messianisme, des chargés de mission, qui sont extrêmement nombreux à toutes les époques de bouleversements sociaux, et à l'heure actuelle en particulier. Il va sans dire que ces sujets, dont l'étude est à la limite de la sociologie et de la psychiatrie, présentent une physionomie extrêmement complexe, et que c'est volontairement que nous n'envisageons chez eux que les troubles pseudo-hallucinatoires et ceux-ci plutôt au point de vue de la forme que du fond. Nous ajouterons que l'entrée à l'Asile de Villejuif de ces deux malades étant toute récente, nous sommes dans l'obligation d'en donner des observations nécessairement succinctes, mais cette obligation est légitime et nécessaire pour qui sait avec quelle facilité les interprétations, durant le séjour à l'Asile, déforment les phénomènes primitifs que nous nous sommes proposé de mettre en évidence.

Voici le résumé de la première observation. Il s'agit d'un ecclésiastique, sur lequel les premiers renseignements nous sont donnés par le premier certificat rédigé par M. le Dr Delmas. Le voici : « Psychose périodique avec prédominance de l'état hypomaniaque, nombreux épisodes d'excitation avec idées ambitieuses, surtout mystiques, projets multiples et incessants, suractivité

©BIUM

et désordre, qui ont accidenté sa vie de prêtre et ont obligé l'autorité ecclésiastique à le mettre dans la situation de prêtre libre depuis 1910. A la date du 5 juin, poussée hypomaniaque nouvelle et plus intense, à l'occasion d'une sorte d'exaltation mystique au cours de laquelle il a reçu une mission de la part de Jeanne d'Arc. Aussitôt, démarches multiples, écrits, télégramme au président Wilson, proclamations publiques, manifestations diverses plus ou moins scandaleuses et enfin fugue à Paris pour venir y proclamer la fin de la guerre, la rénovation du monde et la reconstitution du paradis terrestre.

« Signalé par dépêche de la Préfecture de Bordeaux à la Sûreté et à la Préfecture de police à Paris, s'est présenté à l'Archevêché sans être reçu. Arrêté au ministère des Colonies où il demandait une auto pour sa mission. Loquacité, exubérance, euphorie, jeux de mots par assonances. »

Voici résumée, dans ses grandes lignes, l'histoire du malade :

Obs. I. — Au point de vue des antécédents héréditaires, rien à signaler, d'après ses propres dires. Au point de vue des antécédents personnels, S... a toujours été nerveux, il attribue ce nervosisme à des hémorroïdes, à des crises de rhumatisme et de furonculose qu'il aurait eues au séminaire. S... est originaire des Basses-Pyrénées, comme le malade dont nous parlerons ensuite. Aîné de neuf enfants, son père était instituteur ; à l'âge de onze ans, S... nous dit avoir vu, étant à l'église, « un bel enfant souriant au-dessus de l'hostie, ceci depuis la première élévation jusqu'au *Pater* ». Il ajoute que c'est « ce qui a fait sa force pendant quarante-quatre ans ». Sur notre demande il précise la nature de cette vision par l'expression suivante, qui semble empruntée à sainte Thérèse : « Je l'ai vu par les *yeux du corps* comme je vous vois. » Il affirme nettement ne plus avoir eu d'hallucinations visuelles depuis cette époque lointaine, sauf peut-être une vision (?) du diable sur la voie publique, à Bordeaux, mais il est difficile de savoir s'il ne s'agit pas là soit d'une illusion soit d'un reliquat onirique, sur la nature duquel il est difficile de se prononcer. A l'âge de vingt-quatre ans, il entre dans les ordres ; en 1892 il est nommé à X..., dans les Basses-Pyrénées ; il reste dans cette paroisse jusqu'en 1902, date à laquelle l'autorité ecclésiastique le déplace, parce qu'il avait prêché la nécessité du vote. C'est

©BIUM

une des premières manifestations, semble-t-il, de son activité de réformateur social. Il va dans une autre localité du département, où son traitement est rétabli. Il y reste quatre ans, durant lesquels il a de nombreux différends avec le clergé. En 1908, nouvelles disputes avec l'évêque à propos de première communion, l'évêque exaspéré l'envoie en disgrâce. En 1909, nouvel avertissement; en 1910, il y avait, dans son village, un procès, entre la paroisse et le maire, à propos de sonneries de cloches, qui durait depuis deux ans. « La franc-maçonnerie, dit-il, voulait s'emparer des cloches et de la porte de l'église. » On venait faire du bruit sous ses fenêtres. Il dénonce l'affaire au maire, au procureur; il fait appel au Conseil d'Etat. A cette occasion, il dénonce un des jeunes gens qui faisaient du bruit sous ses fenêtres comme coupable d'attentat à la pudeur sur une fillette de neuf ans; l'autorité judiciaire le déboute de son accusation comme calomnieuse. Son évêque l'envoie en Espagne, en disgrâce. En 1912, il se rend en personne à Rome, pour protester contre les décisions de l'évêché. En 1913, nouvelles protestations auprès de l'évêque, auquel il se plaint d'être victime d'illégalités canoniques; la même année, nouvel appel à Rome. C'est en 1913 également qu'à Saint-Sébastien, il essaie de faire des cours publics franco-espagnols aux ouvriers.

L'année suivante (fin avril), il est l'objet d'un miracle, dont il parle avec une fierté non déguisée; ayant augmenté de 14 kilos, une sainte carmélite de Lisieux le diminue de poids en quatre jours. Ensuite les persécutions dont il est la victime de la part de l'autorité ecclésiastique continuent; « c'est l'histoire de Jeanne d'Arc », remarque-t-il avec orgueil. Etant malade, il se rend à Lourdes, où il est l'objet d'un nouveau miracle, il prouve par là même sa mission.

Enfin, le 13 avril dernier, au matin, le premier vendredi après Pâques, en se réveillant, S... a entendu : « Si tu continues, on va te mettre en prison. » Le même jour, à 3 heures, il fut convoqué devant le commissaire de police pour une non-déclaration de logement. « La voix que j'ai entendue, dit-il, était une voix enfantine, de fille. C'était la Sœur céleste de l'enfant Jésus. *C'est une voix humaine, douce,* qui *se fait entendre à l'oreille, au tympan.* Pour Jeanne d'Arc, c'est la même chose; j'entends tout du côté gauche; si je me tourne du côté droit, je n'entends rien. Il faut que je sois ou couché sur le dos ou couché du côté gauche. Je me mets toujours dans la même position (la joue appuyée sur le bras gauche). » Le malade s'empresse d'ajouter cette phrase, très importante à notre point de vue : « *Ces voix parlent au cœur,* N. S. a dit : je parlerai à son cœur. »

Le 5 juin dernier, à 4 h. 30 du matin, le malade reçut la

©BIUM

mission de Jeanne d'Arc, à la suite de laquelle il accomplit son voyage pathologique et qu'il nous raconte en ces termes : « J'étais en train de prier, couché sur le côté gauche, lorsque j'entendis *par le cœur* et *par les oreilles* tout ensemble : « Tu diras à mon peuple de France ces paroles : Que les femmes aillent à l'église le matin ou le soir. Dans trois mois la guerre sera terminée et dans six mois la paix signée, sinon la guerre durera un an encore et il y aura une autre année de lutte civile avec un déluge de sang et de feu. Après la guerre, il y aura une prospérité inouïe; tu dois aller présider le futur grand congrès de la paix, comme délégué spécial du Sacré-Cœur de Jésus et du Saint-Siège. Tu as à parcourir le genre humain pendant deux ans, pour ramener toutes les nations au Christ Rédempteur. » Jeanne d'Arc lui dit aussi qu'il serait cardinal, puis pape pendant cinquante-cinq ans, et, après sa mort, assis dans le Ciel à la droite de Dieu. Jeanne d'Arc ajouta : « C'est l'ordre de Dieu, il faut obéir immédiatement, sinon tu iras au fin fond de l'enfer, plus bas que Lucifer. »

Immédiatement S... câble au président Wilson l'objet de sa mission; il écrit aussi à divers souverains et chefs d'État, au roi d'Espagne, au roi d'Angleterre, au pape, etc. Il vient à Paris, pour protester, parce que la censure avait arrêté ses lettres et dépêches; tout cela est l'œuvre du cardinal de Bordeaux et de l'autorité ecclésiastique. A Paris, il se rend à la Présidence, à la Légation américaine, au ministère des Colonies, etc. Il est finalement amené à l'Infirmerie spéciale du dépôt.

Voici maintenant le résumé de quelques questions que nous lui avons posées au sujet de ses troubles psycho-sensoriels (nous n'attribuons, bien entendu, à ce terme aucun sens doctrinal). On a pu remarquer que S... dit avoir « entendu » Jeanne d'Arc *par le cœur et par l'oreille*. A ce sujet, voici les explications que donne le malade : « Quand il s'agit de préparer une mission, le bon Dieu parle tout à fait *au cœur et à l'oreille*. Il y a huit jours, quand j'arrivais à Paris, dans le train, *je me recueillis un peu*, et j'entendis : « Oui, ce changement extraordinaire se fera d'ici le 1er de l'an, et on verra plus de 200 millions d'êtres humains qui viendront visiter la France. » *J'entendis par l'oreille et par le cœur*. Il n'y a pas à séparer l'un de l'autre, c'est corrélatif; *pour vous expliquer ça c'est un peu difficile*. Le bon Dieu fait comme il l'entend... »

Le malade nous explique : « La voix humaine est la même, qu'elle soit naturelle ou surnaturelle; elle parle à l'âme et à l'oreille, c'est corrélatif. Le cœur est la partie matérielle où se manifeste l'âme. C'est l'organe de l'amour et l'organe des manifestations surnaturelles, c'est l'organe de chair vivant...

©BIUM

On entend par les oreilles de l'âme et du cœur. » Dernièrement, il nous disait encore : « On parle *du cœur au cœur, on n'a pas besoin de s'entendre.* »

Interrogé sur le point de savoir s'il peut entendre *à volonté* les « voix surnaturelles », il nous répond : « Certainement, quand j'en ai besoin, je me recueille, voilà tout. C'est un pouvoir extraordinaire ; vous-même, vous pouvez le faire, tout chrétien peut le faire. »

Obs. II. — Le second malade est également originaire des Basses-Pyrénées, où il était cultivateur, et, comme le premier, il a été arrêté à Paris, à la suite d'un voyage pathologique, qu'il avait entrepris pour mettre fin aux grèves et hâter la fin de la guerre. Voici le certificat primitif rédigé par M. le Dr Logre : « Débilité mentale, idées délirantes de grandeur à teinte mystique. Il est chef d'Etat, il va prêcher la paix universelle, il est le Saint-Esprit, il a écrit au roi et à la reine, il a 30 millions. Il entend la voix de Dieu, le Saint-Esprit l'inspire et il est alors obligé de prendre la plume et d'écrire sous sa dictée d'une écriture rapide et souvent illisible. Appoint d'idées de persécution : on l'a fait réformer par jalousie, on connaissait sa puissance. Arrêté à la gare d'Austerlitz, il venait des Basses-Pyrénées sans billet, car, étant chef d'Etat, il peut se passer de billet. »

En 1912, étant au régiment, il manifestait déjà de l'écriture automatique : « Je me mettais à écrire, dit-il, les âmes, les reines des temps anciens me dirigeaient. Il fallait écrire toujours. »

Sur une question précise que nous lui posons, il remarque : « La langue tremblait dans la bouche, puis quand ça montait au cerveau, j'écrivais, c'était fini. » C'est un débile vaniteux ; le 24 avril, à Bordeaux, il a été mis en observation à l'hôpital Saint-Nicolas et réformé « parce qu'on était jaloux de sa facilité d'apprendre »... Il avait « parlé un peu trop envers les grands », et c'est à cause de cela qu'on l'a réformé.

Le malade nous affirme n'avoir entendu de voix qu'une seule fois dans sa vie ; il est très affirmatif sur ce point. Il y a deux ans, à la fin du mois d'août, il a entendu, alors qu'il n'y avait personne en sa présence, cette phrase en patois : « Il faut manger pour ch... », « c'était une voix à 7 ou 8 mètres de moi », nous dit le malade.

Le 15 juin, durant la journée et à minuit précise, le malade a éprouvé le phénomène suivant : « Ça venait de là, nous dit-il, en montrant l'abdomen, puis ça montait à la tête, au cerveau. C'étaient des âmes, ça prenait dans mon âme comme un moulin et ça montait à la tête. *Ce n'étaient pas des voix.* Ça

©BIUM

me donnait des idées pour la façon dont il fallait terminer la guerre. » Il est ici par ordre « spirituel ». Les « esprits » lui ont suggéré de venir faire la police à Paris; il les « entend » dans l'âme. « Ça arrive, dit-il, comme si c'était un télégramme sans fil... Ça vient de moi-même. Quand je passe devant un savant mort, je trouve que mon âme elle se glorifie !... »

Lorsque j'insiste pour lui faire préciser s'il entend quelque chose qui ressemble à ma parole, il répond très catégoriquement qu'il n'y a rien de commun. Parfois il est en communication « par le nerf » avec le Saint-Esprit, et il écrit, sous sa dictée, non ce qu'il « entend », car il n' « entend » rien, mais « ce qui arrive de l'âme ». S'il est venu sans billet des Basses-Pyrénées à Paris, c'est sur l'ordre des « Spirituels » qui l'avaient envoyé pour empêcher les grèves. Actuellement, les « Spirituels » lui ont donné l'ordre d'aller sur le front pour terminer la guerre...; il n'a pas peur, il peut mourir, mais « l'âme ne meurt pas ».

C... emploie, d'ailleurs, très volontiers cette expression d'âme, il voit des « âmes » partout. C'est ce qu'il exprime avec la simplicité d'esprit d'un paysan débile : « Quand les oiseaux me voient, ils tournent autour de moi. Ce sont des âmes de personnes mortes. Ceux qui volent les volailles, ce sont de mauvaises âmes, comme les bêtes nuisibles, les vers qui piquent les raisins. »

En résumé, il s'agit de deux malades qui, comme la plupart des débiles mystiques, ont reçu une mission à caractère impératif, à contenu identique par suite d'un état social à aspirations communes très puissantes, ayant déterminé un voyage pathologique, dont la littérature psychiatrique nous offre de nombreux exemples analogues. Aussi bien n'est-ce pas là-dessus que nous désirons attirer l'attention, quoique cette coïncidence soit extrêmement intéressante au point de vue sociologique et nous la ferons ressortir en présentant nos sujets ; nous désirons signaler un problème très difficile, qui a été posé pour la première fois par Baillarger dans son Mémoire de 1845 sur les hallucinations. On sait en effet que c'est à Baillarger que nous devons la distinction clinique très nette de ce qu'il appelait les hallucinations psycho-sensorielles et les hallucinations psychiques. L'illustre aliéniste français se basait, surtout, pour établir la réalité de ces derniers phénomènes :

« 1° Sur la manière dont s'expriment certains hallu-

©BIUM

cinés qui prétendent qu'ils entendent *la pensée, le langage de la pensée*, qu'ils conversent *d'âme à âme, par inspiration,* qu'ils entendent des *voix secrètes, intérieures*, des voix qui ne font pas de bruit, etc...

« 2° Sur les résultats des observations faites par les auteurs mystiques, juges très compétents en pareille matière et qui ont distingué des hallucinations *intellectuelles* et *corporelles*...

« 3° Sur le témoignage de certains malades qui ont éprouvé successivement ou simultanément deux sortes de fausses perceptions de l'âme qu'ils ont très nettement distinguées, et dont les unes ressemblaient aux voix ordinaires, tandis que les autres étaient complètement différentes.

« 4° Enfin, sur l'observation directe de quelques hallucinés qui déclarent que les voix qu'ils entendent sont des voix secrètes, intérieures, *voix* qui ne font pas de bruit, et qui ajoutent même que ce mot *voix* ne rend pas complètement leur pensée. » (*Op. cit.*, p. 420.)

Cette distinction clinique, qui a été l'origine de tous les progrès qui ont été réalisés ultérieurement dans l'étude analytique des hallucinations, a été confirmée et étendue, comme on le sait, par la remarquable auto-observation, unique en son genre (du moins à notre connaissance), du médecin russe Kandinsky, qui nous a laissé la relation des deux sortes de phénomènes, qu'il éprouva lui-même durant trois ans. Depuis, on a approfondi la question, en distinguant, peut-être de façon un peu artificielle, parmi les hallucinations psychiques de Baillarger, une pluralité de sous-groupes. Il nous suffira ici de rappeler que la distinction clinique de Baillarger reste entière, et c'est l'essentiel.

Or, les deux malades dont nous avons parlé tout à l'heure semblent bien présenter tous deux des hallucinations psychiques. Qu'il en soit ainsi pour le second malade, cela n'offre pas, je crois, de difficultés. Le sujet se défend d'avoir jamais *entendu* quoi que ce soit (en dehors de l'hallucination psycho-sensorielle élémentaire signalée). Pour employer un terme très juste dû à M. Petit, il s'agit *d'auto-représentations aperceptives*, c'est-à-dire qu'il s'agit d'un phénomène présentant les trois caractères suivants :

©BIUM

« 1° L'automatisme (qui s'est manifesté aussi chez C..., par de l'écriture automatique);

« 2° Le fait d'être aperçu immédiatement dans sa conscience par le sujet;

« 3° Le fait d'être considéré par le sujet comme une création exogène, étrangère par son origine à son moi conscient et créateur, bien que dépourvu de tout caractère sensoriel. »

Mais c'est surtout sur le cas de notre premier malade que nous désirerions insister, car c'est lui qui pose un des problèmes les plus irritants pour tous ceux qui tentent de pénétrer l'état d'esprit de ces sujets. S..., en effet, s'exprime constamment de la façon suivante : « *J'ai entendu par le cœur et par l'oreille*, le bon Dieu *parle au cœur et à l'oreille, c'est corrélatif... On entend par les oreilles de l'âme et du cœur.* »

Baillarger avait déjà remarqué que les aliénés qui n'ont que des hallucinations psychiques soutiennent quelquefois (peut-être pourrait-on dire très fréquemment) qu'ils entendent réellement des voix. Des remarques qu'il fait en réponse à cette question, nous n'en retiendrons qu'une : c'est que quelques-uns de ces sujets ont éprouvé simultanément ou successivement des phénomènes de différente nature et qu'ils ne savent pas bien distinguer (*Op. cit.*, p. 411).

Que cette explication soit exacte, c'est ce que l'observation clinique montre. Il semble bien que S... ait éprouvé de véritables hallucinations psycho-sensorielles. Il nous a raconté qu'étant à l'église, il avait entendu une voix dont il localisait nettement l'origine en dehors de son corps, en face de lui; mais, malgré ses expressions de *voix humaine* qu'il emploie parfois, il semble bien que S... ne présente pas de phénomènes psycho-sensoriels proprement dits. Baillarger remarquait déjà que, à son avis, les malades qui pouvaient, à leur gré, avoir des révélations ou des réponses à des demandes formulées mentalement, étaient le sujet d'hallucinations psychiques. C'est le cas de S..., on l'a vu.

Mais ce qu'il y a de particulièrement intéressant, de par le fait même de sa profession, ce sont les expressions que nous avons soulignées au passage. Il entend

©BIUM

par l'oreille et par le cœur, c'est corrélatif. On sait que, dans le langage de la religion chrétienne, la distinction entre l'objectif et le subjectif est souvent confondue; le cœur de Jésus désigne tantôt l'organe, tantôt l'ensemble des sentiments, passions, tendances, etc., que la personnalité et l'œuvre de Jésus doivent éveiller en nous. Or, chez S..., il semble que cette distinction du subjectif et de l'objectif se soit effacée en ce qui concerne ses révélations; et c'est ici que nous voudrions rappeler l'hypothèse émise par M. Blondel, qui nous paraît compléter la remarque de Baillarger que nous rapportions plus haut. Pour M. Blondel, la difficulté qu'on a dans le diagnostic de certains phénomènes hallucinatoires viendrait de cette perte de la distinction du subjectif et de l'objectif, si naturelle et si spontanée chez chacun de nous. S... parle *des oreilles de la chair et du cœur*, et, dans ces conditions, il est parfois difficile, les cadres mêmes de notre langage étant renversés, de comprendre ce qui correspond, au point de vue psychologique, aux expressions verbales du malade. Chez S... la confusion est peut-être encore accentuée du fait de l'habitude du langage théologique. Chez C..., qui est un paysan sans culture, se remarque cependant quelque chose d'analogue. Comme à certains primitifs, le monde extérieur lui apparaît sous forme spirituelle et il subit les influences des *âmes* et des *Spirituels* par suite d'un mode d'action qui échappe à nos catégories mentales d'hommes civilisés et normaux.

On ne saurait donc être trop prudent dans le diagnostic si délicat des phénomènes dits « hallucinatoires », qui constituent un monde à eux seuls, et peut-être n'est-ce pas un des moindres progrès de ces dernières années que d'en avoir restreint l'étendue. N'oublions pas que c'est à Baillarger qu'en revient tout l'honneur par sa distinction qui demeure inébranlable, malgré toutes les critiques.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Les secrétaires des séances,
J.-M. DUPAIN et V. TRUELLE.

©BIUM

SÉANCE DU 30 JUILLET 1917

Présidence de M. CHASLIN, président.

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

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Ritti qui, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Troubles organiques d'origine fonctionnelle chez les militaires commotionnés. Présentation de malades,

Par MM. MARCEL BRIAND, médecin principal, Chef du service central de psychiatrie au Val-de-Grâce et LANDAU, attaché au Service central de psychiatrie du Val-de-Grâce.

Les neurologues et les psychiatres, qui ont fréquemment, depuis la guerre, l'occasion d'observer des psychonévroses caractérisées par des troubles uniquement fonctionnels, emploient et préconisent différentes méthodes pour faire disparaître chez leurs malades des habitudes ou attitudes vicieuses. Les procédés les plus usuels sont la psychothérapie par persuasion brusque ou progressive, l'électricité voltaïque ou statique, l'isolement, divers agents médicamenteux, les massages, la mécanothérapie, etc...

L'observation d'un très grand nombre cas de ce type nous a convaincus, que l'état de ces fonctionnels soit d'ordre réflexe, pithiatique ou mythopathique, qu'ils aient été, ou non, commotionnés, ils sont tous tributaires d'une même mentalité, comme l'a rappelé le Dr Courgeon à la Société de Neurologie (1) : l'idée

(1) Communication à la Société de neurologie, 9 novembre 1916.

©BIUM

obsédante de leur infirmité indique qu'on se trouve en présence d'un état de désharmonie ou de déséquilibre mental, dont la faiblesse morale est le symptôme le plus constant. On peut ajouter que l'aptitude à l'anxiété n'est pas rare chez eux.

La méthode, employée par l'un de nous dans le traitement de l'audi-mutité rebelle d'origine fonctionnelle (1), a donné d'excellents résultats ; elle consiste à faire d'abord la rééducation respiratoire du muet ; la parole lui revient ensuite progressivement. La représentation graphique des mouvements respiratoires en voie d'amélioration est aussi, pour lui, un stimulant psychique. L'institution d'un autre muet, en voie de guérison, comme professeur de ses camarades, est un moyen plus actif, la nomination au professorat entraînant naturellement, chez le premier, la suggestion que le retour à l'élocution est complet.

Nous avons aussi obtenu d'excellents résultats dans le traitement des contractures et de l'impotence fonctionnelle, grâce à l'isolement psychique dont les principes fondamentaux ont été présentés, au nom de l'un de nous, à l'Académie de Médecine, par M. le médecin-major Maurice de Fleury (2), attaché au Service central de psychiatrie du Val-de-Grâce.

Ces deux modes de psychothérapie procédant des mêmes principes, nous avons continué à les appliquer en collaboration. Les résultats en sont généralement assez rapides, même chez les persévérateurs. En voici différents exemples :

1° Le soldat B..., rapatrié d'Allemagne comme grand blessé, est devenu subitement aveugle ; après trois semaines cette cécité a été remplacée par une brusque hémiplégie droite qui motiva son rapatriement. Après un traitement à Lyon, il fut réformé temporairement ; à l'expiration de sa réforme, une consultation, donnée à

---

(1) Marcel Briand et J. Philippe. L'audi-mutité rebelle d'origine émotionnelle. *Progrès médical*, n° 15 (5 septembre 1916). Un cas de bégaiement paroxystique d'origine émotionnelle. Traitement. Guérison. *Progrès médical*, n° 31 (4 août 1917).

(2) Landau. Le principe de l'isolement psychique dans le traitement des troubles nerveux fonctionnels. *Bull. de l'Acad. de Méd.* (Séance du 29 mai 1917).

©BIUM

la Salpêtrière par M. le professeur P. Marie, conclut à une hémiplégie hystérique curable.

Hospitalisé au Val-de-Grâce, B... nous arrive avec un appareil de prothèse, pour le membre inférieur droit, qui lui permet de marcher sans béquilles. L'examen ne dénote aucun signe organique : la sensibilité, les contractilités musculaires et les réflexes sont normaux. Lorsque l'attention du malade est obtenue, il remue la jambe paralysée, ce que constatent immédiatement des camarades, désignés comme contrôleurs pour agir, par suggestion, sur le malade.

Quelques séances de rééducation ayant lieu régulièrement et avec patience chaque matin, ont amené de très rapides et constants progrès. Le malade, commençant à croire à la possibilité d'une guérison, fait bientôt preuve de bonne volonté. Il commence par remuer un peu le membre droit; bientôt, il peut s'appuyer sur la jambe droite et marcher sans soutien. La guérison s'affirme ensuite progressivement et, la motilité étant enfin normale, l'appareil de prothèse peut être supprimé.

Aujourd'hui, B... fait de longues promenades, mais conserve encore un peu de lenteur dans les mouvements (1).

2° N... est atteint d'une chorée rythmique de la tête, qu'il attribue à la fatigue causée par des travaux de terrassement. Soigné dans un autre centre, renvoyé dans ses foyers, puis hospitalisé à la Salpêtrière, il arrive enfin au Val-de-Grâce, en vue d'une réforme, et accompagné du diagnostic suivant : « Balancement rythmique de la tête, 120 environ par minute. Il peut ouvrir la bouche et tirer la langue, la parole est normale; il marche, s'aidant d'une canne. Au calme, les secousses sont moins fortes, elles cessent pendant le sommeil, puis deviennent très violentes et se généralisent aux membres supérieurs, sous le coup d'une émotion. »

Après un traitement de quelques jours, les mouvements de la tête sont moins violents; il peut les arrêter

(1) Quelques jours après B... quittait le Service central de psychiatrie pour remplir un emploi nécessitant une grande activité.

©BIUM

et compter jusqu'à 300, sans remuer la tête. Il peut aussi la tourner au commandement, soit à droite, soit à gauche. L'amélioration est donc assez notable pour qu'il soit permis d'escompter une guérison.

3° Le soldat L... présente un tremblement dans l'articulation carpo-radiale se traduisant par 150 battements à la minute (extension, flexion). Cet état, qui dure depuis deux ans, est consécutif à un choc émotif. L... a été traité sans résultat par l'électricité, les bains, des massages, des douches tièdes. Par la suggestion, nous avons obtenu une guérison totale en deux heures.

Un examen neurologique complet de ce malade avait d'abord été pratiqué et expliqué en présence d'une vingtaine de ses camarades. Lorsque nous sommes arrivés à convaincre l'auditoire de l'état purement fonctionnel et non organique du sujet, la guérison est apparue subitement à la grande satisfaction de tous et à la plus grande surprise encore de L...

En terminant, nous citerons un cas de surdi-mutité post-commotionnelle aggravée par une lésion de la calotte cranienne, dans sa partie occipito-frontale.

Sur la radiographie, on voit un enfoncement du crâne avec une fracture compliquée de la table interne; on pourrait, par conséquent, penser à une surdité-mutité d'ordre réflexe. Le traitement par rééducation des mouvements respiratoires ne donnant que de trop lents résultats, des examens détaillés, plus attentifs, permirent de constater que notre malade avait perdu le souvenir de certains mots des plus usuels; il avait encore une anarthrie assez marquée, non seulement par suite de sa difficulté à faire les mouvements nécessaires de la langue et des lèvres, mais aussi par rigidité des muscles de la face. Ainsi s'expliquait le masque de ce militaire, dont la figure, comme figée, avait une physionomie étonnée rappelant celle des parkinsoniens.

Le traitement fut alors dirigé vers le réveil du souvenir par des mots qu'on l'obligeait à répéter, puis vers la rééducation mimique de la face. Il fallut également apprendre la lecture à notre malade, ce qui ne nécessita que quelques semaines. Une nouvelle série de leçons a été alors employée à réveiller la motilité des différents muscles de la face (bouche, yeux) et de la langue qui

BIUM

avaient tendance à retomber dans l'atonie. Après ces deux traitements, la parole redevint progressivement normale.

Loin d'avoir la prétention d'apporter ici de nouveaux modes thérapeutiques, nous avons voulu, en vous montrant nos trois sujets, donner la preuve qu'on peut obtenir, par la vieille méthode de la simple persuasion, la guérison de certains troubles fonctionnels, même anciens.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je regrette d'avoir manqué le début de la communication de M. Landau ; mais, comme je pense qu'il a reproduit les idées qu'il a déjà émises ailleurs sur la psychothérapie douce, je tiens à faire la remarque suivante :

Si M. Landau soutient simplement qu'il guérit par la seule persuasion verbale un certain nombre de militaires qui ont des manifestations nerveuses motrices sans signes physiques d'affection organique du système nerveux, je n'ai rien à objecter, car c'est la monnaie courante de la pratique neurologique de guerre : beaucoup même de nos sujets, dès l'arrivée dans le service et à notre seule vue, ne présentent plus aucune manifestation insolite.

Mais si M. Landau veut soutenir que, par la seule valeur de son verbe — qui, cependant, est grande, car il est bon psychologue — il guérit tous les « accidentés de guerre » porteurs de troubles nerveux fonctionnels, je lui demanderai de faire une preuve plus convaincante que sa présentation actuelle, de prolonger son expérience et de ne pas choisir ses cas.

M. Landau en est encore à la lune de miel de la psychothérapie militaire ; mais quand entre ses mains seront passés des centaines, voire des milliers, de « nerveux fonctionnels », il reconnaîtra qu'il est des cas où sa causerie n'aboutira pas si, derrière les causeurs, ne se profile pas l'imposante figure d'une force matérielle prête à agir par une révulsion psychique énergique.

Nous sommes en guerre : il faut aller vite ; débutons par la douceur, si vous voulez — sans qu'il soit, d'ailleurs, nécessaire de faire remarquer au sujet que notre

©BIUM

main est plus légère que celle du voisin — mais ne nous y attardons pas ; individualisons nos procédés — il n'y a pas de traitement systématique qui vaille pour tous les cas ; — faisons tout ce qu'il faut et jusqu'où il le faut, sans crainte d'une sensiblerie mal placée, et si, dans le mois, malgré la gamme montante des divers procédés physio-psychothérapiques connus, nous n'avons pas réussi, passons, sans amour-propre, la main à d'autres dans d'autres lieux plus propices.

M. Landau. — Ma méthode diffère de la méthode classique. Je ne fais pas d'isolement physique, mais seulement l'isolement physique. C'est-à-dire que je laisse le malade en contact avec ses compagnons, et libre de correspondre avec les siens et de les recevoir. Mais ayant expliqué au sujet son état, scientifiquement, en présence de ceux qui vivent avec lui, il cesse d'être un objet de pitié ou d'admiration. Et c'est là la grande différence avec le procédé classique. Mais en dehors de cet isolement psychique, jamais de punitions données, jamais de procédés pénibles employés.

M. Laignel-Lavastine. — Je demanderai maintenant à M. Landau si, par sa méthode il est arrivé à guérir ceux que nous appelons des « irréductibles ».

M. Landau. — J'ai rencontré un cas de ce genre. Il s'agissait d'un instituteur intelligent, atteint d'un trouble fonctionnel de la marche à forme cérébelleuse. D'abord, il s'est notablement amélioré ; mais ayant été obligé de m'absenter, je l'ai retrouvé, à mon retour, retombé dans le même état qu'au début du traitement, et j'avoue que je n'ai pas eu le courage de recommencer tout son traitement.

Psychasthénie acquise. Présentation du malade,

par MM. Laignel-Lavastine et Paul Courbon.

La question de la prédisposition peut être envisagée à un double point de vue : pathogénique et clinique.

Pathogéniquement, la prédisposition est avec l'agent pathogène l'un des deux facteurs nécessaires à la production de la maladie. Et la psychasthénie est une affec-

©BIUM

tion dans laquelle la part étiologique prépondérante revient à la prédisposition.

Cliniquement la prédisposition est l'existence d'une ou plusieurs tares congénitales ou tout au moins perceptibles bien antérieurement à l'éclosion de la maladie. Dans la psychasthénie, cette prédisposition consiste en divers signes de déséquilibre psychique. Ces signes sont habituels, mais leur absence ne semble pas constituer une garantie contre l'apparition future du syndrome psychasthénique, si l'on en juge par certains cas, comme celui que nous avons présenté ici même il y a quelques mois (1) et comme celui que nous montrons aujourd'hui.

* * *

Le sujet en question est un vigoureux jeune homme de vingt-deux ans, qui, à la suite des émotions et des fatigues de la guerre, réalisa brusquement un état psychasthénique, sans qu'il soit possible de déceler la moindre tare mentale ni dans son passé, ni dans celui de ses parents.

Assurément la validité préalable à l'éclosion de n'importe quelle affection est toujours très difficile à établir. En temps de guerre la possibilité de bénéficier de la pension promise à toute invalidité contractée au service est une sollicitation pour l'intéressé à dissimuler les imperfections antérieures de sa santé.

Mais c'est parce que nous nous croyons à l'abri de cette cause d'erreur, dans ce cas particulier, que nous vous le présentons. Ce jeune homme nous a paru sincère. Nous avons contrôlé ses dires par l'interrogatoire de son père et d'un de ses amis d'études et d'enfance. Enfin, autre présomption en faveur de sa sincérité, il est fils unique d'une famille bourgeoise aisée, qui n'attend pas après la petite rente de l'État. Nous avons donc là un maximum de garanties, par lequel nous nous croyons autorisés à affirmer l'inexistence d'une prédisposition

(1) Laignel-Lavastine et Paul Courbon. Psychasthénie révélée par les émotions de la guerre, *Soc. médico-psychologique*, 26 mars 1917.

©BIUM

cliniquement perceptible avant l'apparition soudaine du syndrome psychasthénique.

* * *

René avait vingt ans quand la guerre éclata. Il finissait ses études dans une école d'ingénieurs, dont il était un des meilleurs élèves.

Aucun antécédent héréditaire pathologique n'a pu être découvert par nous. Son père, notamment, nous a paru d'un bon équilibre mental.

Lui-même est un esprit positif, orienté vers les sciences, éloigné de la rêverie et de l'analyse. Sa conduite a toujours été normale. Enfant, il était ce qu'il resta jeune homme, l'un des premiers à l'étude comme au plaisir. Il est réputé parmi ses camarades un brillant élève et un gai compagnon.

Tout entier à l'occupation du moment, il travaillait avec autant d'ardeur qu'il en mettait à s'amuser. Prisant peu la lecture, ignorant la psychologie, c'est par des parties de sport qu'il se reposait de ses études d'élève ingénieur.

Au point de vue religieux, il eut jusqu'à sa première communion une foi sincère, mais dénuée de tout scrupule excessif et de toute aspiration désordonnée à la perfection.

Avec les années, sa croyance au dogme et ses pratiques du culte ont disparu. A l'heure actuelle, il ne reconnaît plus à la religion qu'un rôle social moralisateur.

Au point de vue sexuel son évolution fut normale. Il avait ordonné sa vie suivant le mode des jeunes gens sérieux. Il avait une maîtresse, dont il usait sans abuser, n'ayant aucun penchant pour n'importe quel raffinement sensuel. Le coït normal lui suffisait, dit-il, à raison de deux fois par mois. Son but était de se marier plus tard pour avoir une femme et une famille.

Mobilisé avec la classe 1914, à laquelle il appartient, il fut versé dans l'artillerie en sa qualité d'étudiant ès sciences et fut bientôt nommé maréchal des logis. Parti au front en avril 1915, il en fut évacué en novembre de la même année dans les conditions suivantes.

Un après-midi, à la suite d'un bombardement, il se releva de l'attitude couchée qu'il avait eu la précaution de prendre et éprouva aussitôt une sensation de rêve, comme si un brouillard s'interposait entre lui et les objets environnants. Il vit ses camarades, ses officiers, des blessés, ses canons, spectacle qui n'avait rien de nouveau pour lui, mais qui lui donnait une impression bizarre, comme si c'eût été en songe qu'il le percevait.

Il voyait, entendait tout, mais avait besoin d'un certain

©BIUM

temps pour comprendre, comme s'il eût eu à faire la traduction de ses perceptions, pour en saisir le sens. Néanmoins il put achever sa tâche et se coucher.

Le lendemain, après une nuit assez bonne, il se réveilla dans le même état. Les choses les plus familières lui paraissaient d'une nouveauté bizarre, bien qu'il les reconnût. Le médecin, consulté, lui ordonna d'abord le repos sur la position même de la batterie et devant l'aggravation du mal l'évacua au bout de quelques jours.

A l'arrière il fut soigné dans divers hôpitaux, où le syndrome psychasthénique alla en s'exagérant.

Il eut tout d'abord des angoisses terribles et sans cause, avec sensation de constriction précordiale. Il lui semblait qu'il était en imminence d'un danger extrême, « comme auprès d'un poteau d'exécution », dit-il.

Puis, ses peurs n'apparurent qu'à la suite de la perception d'un objet tournant. Il ne pouvait voir une roue en mouvement, un moteur, un individu faisant le moulinet avec sa canne ou avec les bras, sans ressentir la même angoisse.

Il avait beau se raisonner, se dire que le tournoiement constaté ne le menaçait en rien, la vue seule en suffisait pour déterminer en lui un sentiment de terreur.

Peu à peu, cette sensation de peur s'est transformée en celle d'une excitation génitale. La vue des femmes et des gravures indécentes n'excitaient pas ses sens, tandis que la vue de ce qui tournait, sans toutefois lui donner d'érection, lui procurait une impression générale voluptueuse, comparable à celle du coït.

L'intensité de cette impression était en raison directe de la vitesse de la rotation.

« J'éprouvais, dit-il, une jouissance non localisable. Je me rendais compte que c'était bizarre ; c'était une sensation de bien-être sans rigidité, ni éjaculation, siégeant dans tout le système nerveux. Si j'allais en permission, dans le train il fallait que je détournasse ma pensée du mouvement des roues, non pas de la trépidation, mais du sentiment que cela tournait. Je ne crois pas, par exemple, que cela se fût produit sur un cheval, ou en traîneau, qui sont pourtant trépidants. Je ne me suis jamais laissé aller à cette sensation jusqu'au bout, dit-il avec répugnance, mais je crois bien que ce serait allé jusqu'à l'éjaculation.

« D'ailleurs, depuis le début de ma maladie, mon appétit génital a parcouru une évolution complète. Au début, alors que j'avais tant de vertiges, que je ne savais pas ce que je faisais, il y eut cessation complète de la génitalité : ni pertes, ni rigidité, ni désirs. Cela a continué ainsi pendant quelques mois, jusqu'à ce que je sois revenu mentalement à moi. Puis brus-

©BIUM

quement, en deux ou trois jours, apparurent des pertes séminales la nuit. Celles-ci étaient ou non liées à des rêves de femmes. A cette époque est née l'aberration de la rotation. J'eus même alors des rêves, où je voyais tourner des roues sur une place publique et à l'occasion desquelles des pollutions se produisirent. A ce moment, il m'arrivait de me réveiller, étant ou non en érection.

« Ces phénomènes ont disparu, mais dès que je fais un effort intellectuel, que je me rends à une convocation, que je dois parler à quelqu'un ou faire une visite, j'éprouve une fatigue générale et je sens que cette perversion sexuelle est prête à réapparaître.

« J'ai essayé le coït avec une femme, qui me plaisait physiquement. J'ai eu une érection très incomplète et une éjaculation très rapide. Le peu de plaisir, que j'y ai goûté, ne m'a pas fait tenter à nouveau l'expérience. »

Nous ferons remarquer, à propos des sensations internes angoissantes ou volupteuses qui furent liées à la perception des objets tournants, que ses fonctions d'artilleur obligeaient le malade à manœuvrer chaque jour des volants et des vis.

Souvent, il a des vertiges précédés parfois de troubles visuels, qui consistent dans l'apparition d'une infinité de petites sphères incolores tournant les unes autour des autres et dont la totalité forme comme un système animé lui-même de rotation.

La nuit, cette impression est la même, mais avec un caractère lumineux, analogue à celui que l'on éprouve en se comprimant le globe oculaire.

On note un rétrécissement du champ visuel.

L'état le plus habituel est un état de rêve, surtout le matin au réveil, ou au moment d'accomplir une action quelque peu nouvelle.

« Je ne pourrais pas affirmer les choses qui se passent, dit-il. Quelqu'un me dirait que je fais œuvre d'imagination dans telle ou telle circonstance que je ne pourrais pas le démentir. Je ne sais pas si réellement je suis maréchal des logis, malade dans un hôpital ; si réellement je suis moi. Les choses me paraissent bizarres, irréelles et n'être plus les mêmes qu'auparavant. A ces moments, mes camarades me demandent si j'ai le cafard, parce que je reste à l'écart et parce que j'ai une dépression apparente.

« Quand je suis tranquille, avec mes vieilles habitudes, au milieu des mêmes personnes, cela va à peu près. Mais dès que je veux sortir ou faire une chose nouvelle, j'ai des vertiges ; mes jambes semblent s'enfoncer dans un sol mouvant, et au bout de quelques pas dans la rue, je suis ahuri ; j'éprouve, en présence des voitures qui tournent, des tramways qui roulent,

©BIUM

la même impression voluptueuse; je perds absolument conscience et je ne me tire de la foule qu'en me laissant conduire comme un tout petit enfant, qui ne sait plus où il est, ni où on le mène. »

Cet état s'est beaucoup amélioré, mais il existe encore. Depuis le mois d'avril, le sujet n'avait jamais voulu demander de permission, par appréhension de la reviviscence des paroxysmes psychasthéniques. Nous l'avons décidé à en prendre une le 14 juillet. L'épreuve fut satisfaisante ; il y eut bien ébauche de vertiges et de sensations voluptueuses pendant la première partie du trajet. La première journée ne fut pas bonne, mais les deux autres furent bien meilleures qu'il ne l'avait espéré. Il put prendre part à des repas de famille et faire des visites sans trop de fatigue. Le retour à l'hôpital s'accomplit sans encombre.

Au point de vue physique, René est d'une constitution vigoureuse et ne présente aucun signe d'affection organique quelconque.

On a donc affaire à un individu, dans l'hérédité duquel on ne trouve rien de morbide, qui était indemne de toute manifestation neuro ou psychopathique avant novembre 1915 et qui, à cette date, après quelques mois de campagne, tomba dans un état psychasthénique, dont il n'est pas encore sorti depuis bientôt deux ans.

Il conserve, à l'heure actuelle, une fatigabilité extrême pour tout effort mental ou même physique, des vertiges, l'apparition fréquente du sentiment d'irréalité et de rêve, l'horreur de la foule, de la discussion et du bruit.

Certes, au point de vue théorique, on peut parler de prédisposition. On peut faire remarquer que la campagne faite, par ce garçon physiquement vigoureux, a été peu longue, puisqu'elle n'a duré que sept mois ; qu'elle fut accomplie dans des conditions de confort relatif, puisqu'il était artilleur, sous-officier et ne séjourna au front que pendant la belle saison ; qu'elle ne comporta aucun traumatisme physique ou moral d'une violence exceptionnelle, puisqu'il ne se trouva jamais dans des circonstances plus angoissantes ni plus terribles que celles du lot commun des combattants risquant quotidiennement leur vie; qu'au total, pour qu'une somme relativement si peu élevée de fatigues et

©BIUM

d'émotions ait produit ce syndrome spécial, il faut bien admettre que le sujet était prédisposé.

Nous ne contredisons pas ces conclusions, mais elles sont d'ordre théorique, et nous ne voulons pas quitter le terrain clinique, c'est-à-dire celui des faits. Or, les faits sont les suivants : chez cet individu, il est impossible de trouver la moindre trace de déséquilibre mental avant la guerre. Au contraire, depuis elle, et d'une façon brusque, comme par suite d'un phénomène de sommation des émotions et des fatigues, est apparu un état psychasthénique. Il nous semble donc que la question se pose ici du rôle étiologique de la guerre dans la psychasthénie.

En admettant, au nom du raisonnement pathogénique, que le sujet eût par devers lui les germes mêmes de la psychasthénie, on est en droit de se demander si, en l'absence de la cause déterminante que fut la guerre, ces germes fussent jamais venus à maturité, ou si, du moins, ils n'y fussent arrivés que sous l'influence d'une autre cause déterminante d'égale puissance.

Or, bien que la guerre ne semble pas avoir employé contre ce soldat ses moyens d'action les plus violents, il n'est pas exagéré de dire que, très rares sont, dans la vie courante, les occasions capables de produire un ébranlement nerveux aussi intense que le seul fait d'avoir vu la guerre et d'y avoir participé comme combattant. Aussi le terme de « psychasthénie acquise » nous semble-t-il pouvoir s'appliquer ici.

DISCUSSION

M. Arnaud. — J'ai peine à admettre que ce malade soit un psychasthénique pur : il présente un certain nombre de symptômes étrangers à la psychasthénie.

D'une façon générale, je ne crois pas qu'une émotion puisse suffire à créer un état psychopathique durable ; il ne suffit même pas pour cela d'être prédisposé. L'émotion est le pain quotidien de la vie journalière. Pour qu'un état mental caractérisé, pour qu'une forme évolutive de psychopathie soit constituée à la suite d'une émotion, il faut que celle-ci agisse non pas seulement chez un prédisposé, mais chez un individu malade.

©BIUM

Délire raisonnant d'invention. Présentation du malade,

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VICTOR BALLET.

Alors que, depuis la guerre, les inventeurs qui assaillent, aux Invalides, le département des Inventions du ministère de la Guerre se chiffrent par milliers, nous n'avions pas encore eu occasion de rencontrer, dans notre service, d'inventeur pathologique. C'est ce contraste qui nous a engagés à montrer ce malade.

Isidore R..., âgé de trente et un ans, jockey à Nîmes, entra dans le service le 15 mai 1917. Réformé antérieurement à la guerre, il fut, au moment de la mobilisation, versé dans le service auxiliaire.

Nous n'avons aucun détail précis sur son passé pathologique. A s'en tenir à ses propres déclarations, il aurait toujours été bien portant.

Au point de vue mental, de ses dires il ressort qu'il fut tout d'abord un piètre écolier; il sortit de l'école primaire à onze ans, sachant à peine lire et n'ayant aucune notion de l'orthographe.

Par contre, son imagination était vive et il ne fut jamais à court d'idées, aussi bien pour satisfaire son humeur de gai compagnon que pour trouver des moyens de subsistance, que ne pouvait lui assurer l'irrégularité de ses occupations professionnelles. C'est ainsi, qu'écolier, il avait maints tours originaux dans son sac pour distraire, aux dépens des commerçants de la ville, les moments fréquents où il se trouvait en rupture d'école.

Plus tard, nombreuses furent les idées, industrielles ou commerciales, qu'il mit en œuvre, mais avec, il est vrai, un succès et un bonheur très divers. Il accusa un goût particulier pour la mécanique et a toujours recherché les articles de journaux ayant trait aux machines.

D'abord porteur de pain au sortir de l'école, il exerça ensuite divers emplois, l'attention toujours en éveil devant les circonstances où son esprit inventif pouvait se donner sa carrière. C'est ainsi que l'exposition coloniale de Marseille avait fait éclore en lui différents projets, depuis celui de faciliter aux visiteurs d'être photographiés sur un chameau, — idée qui, à ses yeux, aurait dû, étant donné le cadre, être très goûtée, — jusqu'à celui, prosaïque mais plus pratique, de la vente de la limonade. L'originalité, qu'il apporta dans l'exploitation de ce

©BIUM

dernier projet lui aurait valu, à l'en croire, de notables bénéfices.

Plus tard, il aurait été jockey, puis entraîneur d'un propriétaire du Midi ; avant la guerre, il était valet de jockey à Maisons-Laffitte.

Il semble surtout avoir été un joueur, et naturellement, son esprit inventif s'exerça sur ce penchant. Il est l'inventeur d'un système pour déjouer les manœuvres des tricheurs, d'un autre système pour jouer aux courses, système infaillible, naturellement, qui lui permettait bien de gagner immanquablement dans certaines courses pour lesquelles ce système était excellent, à condition, cependant, que la chance ne le contrarie pas, mais qui avait moins de qualité pour les autres épreuves, si bien que R... sortait toujours décavé des hippodromes qu'il fréquentait. C'est à ce moment que, dans un autre ordre d'idées, il élabora un modèle de bride pour arrêter les chevaux emballés.

Il reconnaît qu'il est vif et qu'il a toujours eu l'emportement facile. Il n'hésitait pas à faire des procès, lorsqu'il se croyait lésé. Il en aurait eu ainsi plusieurs, un notamment avec un propriétaire de chevaux, dont il était l'entraîneur et qui se serait laissé aller, dans une discussion sur une question professionnelle, à un mouvement de vivacité à son égard.

Son esprit de recherche visant toujours les besoins du moment, les questions d'armement devaient fatalement, pendant la guerre, captiver son attention. Dès la fin de 1914, il établit les plans d'un *lance-bombes* et s'empresse de mettre sa découverte à la disposition du ministre de la Guerre. On lui accuse bien réception de son projet, mais il ne fut pas adopté, l'autorité compétente ayant déclaré qu'on avait déjà mieux.

Ce premier insuccès ne le découragea pas. Sans se remettre au travail, — car ses idées viennent naturellement et sans effort, et la mise au point du principe de ses découvertes a, elle aussi, un caractère tout spontané, — Isidore élabore bientôt une nouvelle invention. En octobre 1916, il adresse au ministre de la Guerre le projet d'un *aéro porte-torpilles*. Entre temps, avant quiconque, il a l'idée des tanks ; mais dès lors, son sort fut celui de tous les inventeurs géniaux. L'autorité compétente reçoit bien ses plans et devis, lui en accuse même réception ; par malheur, elle ne fait rien pour pousser à fond l'étude et la mise en pratique de ses projets, et même elle garde par devers elle tous les plans et croquis qu'il avait mis loyalement à sa disposition. On pense bien que ce n'était pas sans calcul ; les inventions étaient trop belles pour que les esprits peu scrupuleux ne cherchassent pas à s'approprier les idées géniales du malheureux inventeur sans appui ; et R... ne tarde pas à retrouver ses propres idées à la base d'inventions dont la presse,

©BIUM

lui apporte la nouvelle et le succès. Bien plus, le secret de son aéro porte-torpilles fut si peu respecté, qu'il eut la douleur de retrouver dernièrement dans un magazine (numéro de septembre 1917 de *Je sais tout*), la description, avec photographie, d'une nouvelle invention, en ce moment à l'étude en Allemagne, et qui est la reproduction fidèle de l'aéro porte-torpilles, dont il était l'inventeur. A la vérité, il y a bien une légère différence entre les deux appareils ; dans le boche, il s'agit d'un premier aéroplane, très vaste et très puissant, portant un deuxième appareil qui devait jouer probablement un rôle de vedette combattante, tandis que dans l'invention de R..., l'aéroplane portait une torpille, mais ce n'était là, on l'avouera, qu'une modification insuffisante pour masquer le démarquage.

On comprend, dès lors, que ces divers incidents mirent en éveil la défiance de notre inventeur et si, désormais, il se laisse aller volontiers à parler de ses découvertes, il s'en tient aux généralités, évitant jalousement d'entrer dans les détails. Ses officiers, auxquels cependant une certaine sympathie l'unissait, ne purent jamais voir ses plans et mémoires.

Son commandant, espérant gagner sa confiance, lui offrit, à maintes reprises, une place dans son coffre-fort pour ses précieux documents ; mais cette offre ne dit jamais rien qui vaille à notre homme défiant.

Ses déboires antérieurs ne le découragèrent cependant pas et après l'aéro porte-torpilles, il créa une *drague contre-torpilles*.

Sur ces entrefaites, R... vint en permission à Paris. Son premier soin fut de demander une audience au ministre de la Marine, pour lui offrir sa nouvelle invention. Le ministre, très occupé, ne pouvant le recevoir, le mit en rapport avec le Comité des inventions. Notre inventeur eut alors plusieurs entrevues avec un ingénieur, mais ce dernier manifesta, paraît-il, des exigences extraordinaires, du but caché desquelles il était facile de se rendre compte.

Non seulement, il voulait que R... lui remît tous ses plans, mais encore il avait la prétention de faire les études et les essais sans la présence de l'inventeur. Il aurait eu ainsi la partie belle pour s'approprier les idées d'autrui et on comprend sans peine combien aurait été naïf R... de souscrire à une pareille demande.

Il y eut plusieurs entrevues, mais les deux parties s'entêtèrent sur leurs positions respectives, ce qui amena une certaine vivacité dans les explications de R... Il sortit même d'une de ces entrevues si excité que, perdant toute mesure, il causa du scandale sur la voie publique et fut conduit au commissaire de police, qui l'évacua sur le Val-de-Grâce, d'où il fut dirigé sur le service.

©BIUM

De cet incident, le malade n'a aucun souvenir. Il déclare ne pas en avoir eu conscience et ne l'avoir appris que par son camarade de chambre du Val-de-Grâce, lorsqu'il est revenu à lui.

Il entra dans le service le 15 mai. Peu après son arrivée, il écrit à nouveau au ministre. On lui répond derechef de s'adresser à la Commission des inventions. En même temps, voyant que ses démarches n'ont jusqu'ici abouti qu'au vol de ses idées, il envoie une protestation au Président de la République.

Entre temps, voulant faire profiter nos alliés de ses découvertes, il écrit directement au roi d'Angleterre qui, tels nos ministres, ne pouvant s'occuper lui-même de ces questions, fait répondre à R... de s'adresser à l'administration militaire anglaise.

Actuellement, R... continue ses travaux. Il est en train de créer un *appareil pour la destruction des tranchées de première ligne*. Ses déconvenues ne le rebutent point. Il offre toujours aux autorités compétentes ses inventions. A chacune de ses offres, à chacune de ses démarches, il est répondu régulièrement du ministère.

Et même on doit remarquer que l'empressement mis à répondre à toutes ces communications, alors même qu'il ne s'agit, en l'espèce, que de vulgaires accusés de réception, n'est pas la moindre raison que R... a d'être confirmé dans l'idée de l'exceptionnelle valeur de ses inventions.

Toujours très réticent, très méfiant, s'il parle volontiers de ses inventions, il ne montre pas facilement ses documents, qu'il conserve en sûreté, enfouis sous terre, dit-il, dans un endroit secret. Si, dans un moment de confiance, il se laisse aller à sortir par hasard un de ses mémoires, il refuse de s'en dessaisir, ne fût-ce que quelques instants, et même d'en laisser prendre copie.

Il parle avec feu et vivacité de ses découvertes, s'exalte dès que son attention est attirée sur une des questions qui ont été ou qui sont le sujet de ses inventions; il se fixe sur elles, se concentre sur son idée et l'esprit distrait de ce qui l'environne, il n'agit plus alors, vis-à-vis du milieu extérieur, qu'en pur automate, répétant en écho, mais sans y répondre, toutes les questions qu'on lui adresse.

Voilà notre malade. Riche d'idées d'invention, il est très réticent et manifeste quelques revendications; triple manifestation d'une débilité mentale fondamentale.

Un mot d'abord de ses *idées d'invention*. Faculté inventive prolifique, mais superficielle, gestation facile,

©BIUM

mais produits mal venus, ainsi pourrions-nous les caractériser.

R... eut toujours l'imagination fertile ; mais, si les idées ne lui manquèrent jamais, la qualité manque à ses idées. Dans toutes ses inventions, ce qui frappe avant tout, comme du reste chez tous ses congénères, c'est la puérilité de l'idée première, puérilité non pas du but cherché (au contraire, souvent ce but est grandiose), mais de sa réalisation. Il s'agit, en général, d'un problème, dont la solution comporte un intérêt majeur évident, si évident que l'esprit simple du malade en est tout particulièrement séduit, mais qui précisément offre des difficultés de réalisation telles que jusqu'alors elles en ont empêché la solution.

L'esprit de R..., il est vrai, ne s'embarrasse pas pour si peu ; il y a un intérêt manifeste à ce que le problème soit résolu, cela suffit. Il le voit et il le voit même si bien, il en est tellement frappé, qu'il fait sienne l'idée en question ; il s'en attribue presque la paternité. C'est lui qui l'a eue, et là déjà gît une partie de sa découverte. Il est persuadé faire œuvre d'originalité avec une idée, que probablement M. de La Palisse aurait eue.

A peine l'idée conçue, la réalisation est entrevue. L'imagination du malade va vite au but : c'est dans l'adaptation des moyens que se donnent libre cours ses facultés inventives, d'autant plus que son esprit sans logique se contente de peu. Observations superficielles, hypothèses saugrenues, déductions et inductions enfantines, analogies puériles, on trouve là toute la gamme, avec ses nombreuses dissonances, des opérations d'un raisonnement débile.

Le jeu insuffisant des facultés psychiques supérieures, incomplètement développées, ne se fait pas sentir seulement chez R... dans les opérations intellectuelles ; leur défaut de contrôle apparaît aussi dans le domaine affectif, qui prend, chez R..., une importance particulière. Non seulement, notre malade a foi en ses inventions, mais il sent toute la valeur de ses découvertes ; il en parle avec enthousiasme ; il les défend avec virulence. Le pousse-t-on dans la discussion, il s'excite aussitôt ; le contredit-on, il s'emballe. Bien plus, nous avons vu que souvent, lorsqu'on met la conversation

©BIUM

sur ses découvertes, son sujet l'empoigne à ce point qu'il s'absorbe complètement en son idée, et, distrait du milieu où il se trouve, il n'agit plus que par pur automatisme.

Ainsi n'en apparaît que davantage l'indigence de son contrôle, qui peut aller jusqu'à la faillite, témoin l'*épisode confusionnel*, que R... a fait au sortir d'une de ses discussions au Comité des inventions.

Il était à prévoir qu'avec cette prédominance du côté affectif, jointe au contrôle insuffisant de facultés supérieures débiles, la défiance serait une des caractéristiques de la mentalité de R... On a vu, dans son observation, comment cette défiance lui a fait interpréter les différents incidents de sa carrière d'inventeur et comment elle l'a conduit aux tendances réticentes, qu'il présente aujourd'hui. C'était là un développement logique, sur lequel il est inutile d'insister davantage et qui comporte un stade psychologique ultérieur, un revêtement de *revendications*, dont on trouve déjà l'ébauche chez R...

* * *

En résumé, il s'agit d'un débile mental qui, présentant depuis de longues années un délire raisonnant d'invention, est arrivé dans notre service grâce à un épisode revendicatif. C'est la période de revendication qui entraîne le délirant inventeur devant le médecin. Parmi les inventeurs qui s'adressent au département des Inventions du ministère de la Guerre, un certain nombre sont des malades ; mais tant que leur maladie reste platonique et se maintient dans les voies administratives, il n'y a pas lieu d'intervenir. En raison de l'accueil courtois que les inventeurs morbides reçoivent aux Invalides, ils paraissent évoluer lentement vers la revendication. Ainsi peut s'expliquer le contraste sur lequel nous avons, à l'occasion de ce malade, attiré l'attention.

©BIUM

État dépressif consécutif à une émotion de guerre,

par M. V. TRUELLE et Mlle BOUDERLIQUE.

La guerre actuelle, par ses émotions particulièrement violentes et répétées, a rappelé l'attention sur le rôle des « causes morales » dans l'étiologie des troubles mentaux.

Sans doute, cette étiologie affective, sur laquelle les auteurs anciens insistaient peut-être avec excès, n'a jamais été perdue de vue tout entière. Il suffit, pour preuve, de rappeler les intéressantes discussions où, en décembre 1909 et janvier 1910, la Société de Neurologie s'est efforcée de déterminer l'influence des émotions dans la genèse, le réveil ou le mode de manifestation de certains états ou accidents psychopathiques et névropathiques. Mais, si un grand nombre d'auteurs — avec, notamment, Dejerine et Bernheim — ont reconnu l'effet des émotions, et surtout des émotions-chocs, dans l'apparition des accidents hystériques; si — avec Dejerine encore — on admet volontiers l'influence prépondérante des états affectifs pénibles et prolongés dans la production des syndromes neurasthéniques; si — avec Freud — on peut penser que certaines émotions de nature spéciale sont pour une grande part dans l'éclosion et la modalité d'états pathologiques tels que l'hystérie, la psychasthénie, les obsessions, la névrose d'angoisse, etc...; si l'on s'accorde à reconnaître que des émotions vives peuvent accentuer ou déclancher divers symptômes au cours d'affections nerveuses fonctionnelles, et même d'affections organiques; si, dans l'étude étiologique des psychoses proprement dites, les auteurs modernes continuent de consacrer quelques lignes aux causes morales, il est manifeste que, depuis une vingtaine d'années, les recherches étiologiques et pathogéniques se sont presque exclusivement orientées, en médecine mentale, vers la poursuite des causes organiques. Certes, ce fut là une méthode excellente, dont les conséquences pathologiques, thérapeutiques et prophylactiques sont déjà trop importantes, et qui, sur-

©BIUM

tout, a ouvert la porte à trop d'espérances pour qu'il soit dans notre intention de la critiquer.

D'après les faits observés dans la longue et terrible guerre actuelle, il semble toutefois que, sans rien abandonner des tendances précédemment indiquées, on soit fondé à revenir, dans une certaine mesure, vers l'enseignement des anciens maîtres, et à attribuer, dans l'étiologie des troubles mentaux une part plus large aux « causes morales ». Ce faisant, on n'est, d'ailleurs, pas aussi éloigné qu'on pourrait le croire des tendances étiologiques organicistes actuelles. Ce que l'on sait des concomitants physiologiques des émotions, pour vagues que soient encore ces notions, permet cependant d'affirmer que ces « mouvements de l'âme », comme on les appelait autrefois, ne sont pas des phénomènes purement psychiques. Elles comportent un ensemble de modifications motrices, sensitives, vasculaires, sécrétoires, etc..., et plus généralement trophiques, qui, troublant les conditions de vie et les échanges cellulaires pour un temps et à un degré dont nous ne connaissons ni la durée ni l'intensité, mais que nous avons des raisons d'inférer pouvoir être long et profond, et aboutissent ainsi physiologiquement à des perturbations du métabolisme, dont on conçoit que l'effet sur le système nerveux central se rapproche singulièrement de celui des hétéro- et auto-intoxications. C'est la raison, sans doute, pourquoi, parmi les manifestations psychopathiques des émotions, on a surtout signalé dans ces dernières années, ainsi que l'a fait M. le professeur agrégé Dupré aux séances précitées de la Société de Neurologie, les états confusionnels, réaction morbide habituelle du cortex intoxiqué. Et c'est aussi pourquoi, sans doute, l'une des questions choisies par la Société clinique de médecine mentale dans sa récente réunion médico-militaire, fut « la Confusion mentale de guerre », avec sa double étiologie, commotionnelle et émotionnelle. Qu'en dehors de la confusion mentale les émotions puissent, sur un terrain prédisposé, déjà révélé comme tel ou jusqu'alors latent, faire éclore les troubles mentaux les plus divers, à base d'excitation, de dépression ou de délire, rien ne s'y oppose *a priori*. Nous sommes même disposés à croire que, dans ce sens, un assez

©BIUM

grand nombre de faits probants pourront être apportés si, pour répondre à l'idée émise à la dernière séance de la Société médico-psychologique par M. Vigouroux, les recherches sont orientées dans cette voie.

Mais il n'est pas dans notre intention d'entreprendre ici la discussion de ce problème. Elle serait, d'ailleurs, stérile. Ce sont des faits qu'il convient d'abord de rassembler, et de leur critique seulement pourra naître une controverse profitable.

Nous voulons simplement rapporter aujourd'hui un cas de trouble mental à forme dépressive, séquelle, croyons-nous, ou transformation d'un accès délirant confusionnel, consécutif lui-même à une émotion violente et pénible. Il a comme intérêt secondaire ce point particulier que, bien que se rapportant à une femme, il se rattache cependant aux faits de la guerre, du moins telle que la conçoivent nos ennemis.

Il s'agit d'une femme de vingt-quatre ans, Mme H..., entrée à la maison de santé de Ville-Evrard le 8 juin 1917, qui, en dehors de l'accident actuel, n'aurait rien présenté de pathologique et chez qui il n'existerait pas d'antécédents héréditaires.

Mariée peu de temps avant la guerre, elle s'est trouvée séparée de son mari depuis le début des hostilités, étant demeurée chez ses parents dans le département du Nord, en territoire envahi. Il ne semble pas qu'elle ait eu matériellement à souffrir de l'occupation allemande. Son père, sous-directeur d'un important établissement minier, avait, paraît-il, continué ses fonctions. Son mari, mobilisé en France, communiquait périodiquement avec elle par l'intermédiaire d'un frère de la malade, prisonnier en Allemagne.

Jusqu'au milieu d'avril, les nouvelles furent bonnes. Rien ne décelait l'apparence d'un trouble mental quelconque. A cette époque, Mme H... apprit des autorités allemandes que, sous peine d'être expédiée dans les Ardennes aux travaux des champs, elle allait être reconduite en France dans les vingt-quatre heures. Violemment émue par la perspective de ce départ inattendu et de cette séparation brusquée d'avec les siens, elle tenta de s'y opposer. Il fallut toute l'insistance de ses parents et la perspective du travail forcé au loin pour l'obliger à partir.

Elle prit le train le 17 avril avec plusieurs autres personnes évacuées dans les mêmes conditions. Aussitôt embarquée, au dire de ses compagnes de route, elle fut prise d'un violent accès

©BIUM

de délire avec agitation, qui, au travers d'accalmies et de réveils successifs, continua pendant les cinq jours que dura le voyage. Un médecin allemand, chargé d'accompagner le convoi, dut lui faire, à plusieurs reprises, des piqûres de morphine. Descendue à Evian, le 21 avril, elle fut mise aussitôt à l'hôpital où elle resta neuf jours.

Son mari l'y trouva dans un état de dépression et d'inertie analogue à celui où elle est actuellement : elle était alitée, complètement muette, sans initiative, ne mangeant pas seule, ne dormant pas. La présence de son mari parut d'abord la réveiller quelque peu. Elle put lui dire quelques paroles, toutes sensées, sans trace d'idées délirantes. Elle regrettait le temps passé, disant souvent : « Nous ne serons plus jamais heureux », mais elle restait passive et sans initiative.

Le 4 mai, son mari l'emmena à Versailles, chez un oncle. Là, après quelques jours, elle s'alimente seule et convenablement. Elle peut même venir à Paris, accompagnée naturellement, et prendre ses repas au restaurant, d'attitude et d'apparence correctes, mais ne prononçant toujours que quelques rares paroles. Quand son mari dut la quitter pour rejoindre son régiment, elle recommença à ne plus s'alimenter seule. Admise, pour cette raison, à l'hôpital de Versailles, le 25 mai, elle y resta jusqu'au 8 juin, date de son entrée à la Maison de santé.

Pendant cette période, de fin avril au 8 juin, les crises délirantes ne se sont pas renouvelées ; jamais la malade ne s'est excitée ; jamais elle ne s'est livrée à la moindre extravagance.

Dès son entrée ici, M^me^ H... nous apparut sensiblement dans l'état où elle est aujourd'hui, sauf toutefois qu'aux premiers examens se révélèrent certains signes d'inquiétude et de subanxiété contenues qui, depuis, ont en partie disparu.

Son attitude générale est celle de la dépression ou plus exactement du ralentissement psychique : les mouvements sont rares, inachevés et lents ; la spontanéité est très réduite : ordinairement, la malade est passive et docile ; quelquefois, cependant, elle résiste avec plus ou moins de mauvaise humeur, notamment pour changer de linge et de vêtements, mais surtout à l'occasion de la prise des médicaments et des injections hypodermiques qui lui sont faites. Couchée, elle se cache volontiers dans ses couvertures ; levée, elle reste le plus souvent assise dans un fauteuil ; parfois elle se promène lentement dans la cour. Sa tenue reste d'ailleurs décente et correcte. Au début, elle portait fréquemment la main à sa tête dans une attitude de souffrance ; maintenant ce geste est plus rare. Elle conserve seulement des mouvements automatiques des doigts, qu'elle s'écorche superficiellement comme il arrive aux inquiets ou aux

©BIUM

anxieux. Elle s'habille, fait sa toilette, mange et se déshabille seule, proprement, mais toujours lentement. Avec beaucoup d'insistance, on a pu la faire coudre et broder un peu : le travail était correct mais très lent et la malade se fatiguait vite. De même, encouragée avec persévérance, elle a écrit à son mari quelques lignes d'une écriture incertaine mais régulière et dont le contenu ne laissait rien à désirer. Les premiers jours, avec beaucoup de patience, en répétant fréquemment les questions, on a pu lui tirer quelques réponses, exactes, mais brèves, dites à voix basse, difficilement perceptibles et entrecoupées par des spasmes respiratoires comme il arrive au milieu des sanglots. Elle a pu donner ainsi le lieu et la date de sa naissance, la profession de son mari, nous dire qu'elle n'avait pas d'enfants, mais c'est à peu près tout. Depuis, nous n'avons, pour ainsi dire, rien pu obtenir d'autre. A une amie et à son mari elle a tenu des propos également adaptés, mais toujours brefs. Autant qu'on en peut juger par ces quelques réponses, sa mémoire est conservée : à différentes reprises, elle a fait allusion à son rapatriement, disant : « Oh! ce voyage, cet abominable voyage! » Elle ne semble pas profondément désorientée. Sa physionomie offre un mélange de fixité et de mobilité assez difficile à analyser. Au repos, le masque est peu expressif, atone, parfois grimaçant ; mais le regard très vif, furtivement inquiet, méfiant, parfois brièvement hostile. Il apparaît que tout en percevant les sensations qui lui viennent du dehors, elle ne les conçoit pas à leur juste valeur, elle ne les intègre pas exactement, et que, sous l'impression d'une émotion ou d'un reliquat d'une émotion pénible persistante, d'un état latent de frayeur et de méfiance, elle les interprète dans le sens de ce sentiment obscur mais dominant.

Dans les premiers temps de son séjour à la Maison de santé, non encore acclimatée, l'hyperémotivité latente et l'anxiété contenue étaient plus aisément décelables qu'aujourd'hui : la physionomie marquait plus d'inquiétude, les mouvements de défense étaient plus fréquents, et quand on la pressait un peu en l'interrogeant, des spasmes respiratoires apparaissaient, rappelant des sanglots avortés.

A l'examen physique, on ne relève guère qu'une tachycardie permanente — 96 pulsations — aujourd'hui sensiblement atténuée, de l'hypotension. — Tension maxima, 13°; tension minima, 8° — rien au cœur, rien à l'appareil respiratoire, rien dans les urines sauf des phosphates abondants; la constipation est habituelle, l'alimentation normale; les réflexes tendineux sont vifs, les pupilles dilatées ; le réflexe oculo-cardiaque est nul, la raie vaso-motrice persistante. La sensibilité paraît exagérée ; à la piqûre comme à la pression, la malade

©BIUM

réagit vivement par une mimique douloureuse. La langue est instable et trémulente ; les règles sont suspendues, le sommeil est irrégulier, mais les nuits sont tranquilles.

Depuis près de deux mois qu'elle est au pensionnat, Mme H... n'a pas fait de progrès appréciable. L'activité est toujours aussi réduite, le mutisme aussi prononcé. Seuls les signes d'hyperémotivité et les manifestations subanxieuses se sont atténués, faisant place, depuis quelques jours, à des larmes qui n'avaient pas coulé depuis son départ de chez ses parents. A part ce détail, son attitude ne s'est jamais modifiée, jamais elle n'a présenté aucun symptôme qui puisse faire penser à un délire actuel ou à des troubles psycho-sensoriels.

Étant donné le mutisme presque absolu de cette malade, on ne peut émettre sur sa mentalité intime que des hypothèses plus ou moins plausibles, et le syndrome pathologique auquel celui-ci se rattache reste lui-même sujet à discussion.

A première vue, en présence de cette inhibition incomplète que l'on pourrait appeler du négativisme, en raison de ce mélange de passivité et d'opposition, en tenant compte des quelques tics observés d'apparence stéréotypés, en ne voyant que l'impassibilité extérieure de cette malade, que l'on pourrait prendre pour de l'indifférence, on serait tenté de rattacher ce syndrome dépressif à la démence précoce. Tout en faisant des réserves sur l'avenir, nous ne croyons pas que ce diagnostic soit actuellement justifié. D'abord, si les renseignements qui nous ont été donnés sont exacts, le début a été brusque : rien, avant le choc émotif, ne faisait soupçonner une modification quelconque dans le caractère, les sentiments, les tendances, ni la vitalité intellectuelle de cette malade. Les quelques phrases qu'elle a prononcées, les lettres qu'elle a écrites à son mari (1), le plaisir manifesté et le réveil partiel de son activité

(1) Voici la dernière de ces lettres :

« Samedi 14 juillet.

« Mon cher E...,

« J'ai reçu ta lettre, je t'en remercie bien ; je pense toujours bien à toi malgré que nous sommes séparés, je voudrais bien être avec toi. Je t'embrasse bien fort.

« H... »

©BIUM

lors des visites de celui-ci, démontrent que si l'expression des sentiments affectifs est considérablement réduite, ceux-ci persistent cependant sans anomalie intime et définitive. Ses oppositions apparaissent comme des réactions adéquates à des impressions pénibles — piqûres, douches — ou à des interprétations inexactes par assimilation insuffisante des phénomènes perçus — insistance dans l'interrogatoire ; changement de linge, de vêtements, etc. ; — ses tics et ses habitudes motrices trahissent un état plus ou moins latent de douleur, de crainte, de subanxiété, et sont, par conséquent, motivés. Il n'y a pas chez elle de discordance ni de dépersonnalisation ; son état pathologique est, dans l'ensemble, continu et stable. Bien qu'au début de son affection, elle reste identique à elle-même, sans aucune de ces sautes brusques coutumières à la démence précoce catatonique — qui serait la variété à laquelle on pourrait la rattacher — sans impulsivité, sans maniérisme, sans troubles profonds de la personnalité.

Doit-on considérer cet état comme ressortissant à la mélancolie? Si l'on y trouve bien l'inhibition psychomotrice et l'état dépressif pénible, on n'y peut déceler, par contre, aucune idée délirante de nature ni de caractère mélancoliques. Il semble bien que la douleur morale soit un état de crainte et d'inquiétude rattaché au souvenir affectif des heures pénibles récemment vécues et à un défaut actuel de synthèse mentale et de réadaptation au milieu, plutôt que l'expression de la crainte de malheurs à venir ou du regret de fautes commises. Mais peut-être ne faut-il pas trop insister, la délimitation des états mélancoliques, surtout si l'on fait rentrer dans ce qu'on a appelé la psychose maniaque-dépressive, restant aux confins assez vague.

Il nous semble plutôt que cet état d'inhibition doit être rattaché au traumatisme moral subi par cette malade. Les crises d'excitation délirantes qui ont éclaté dès le moment de la séparation d'avec sa famille ont été les premières manifestations bruyantes du profond désarroi psychique causé par cette émotion pénible, brusquement survenue mais prolongée. La stupeur relative actuelle, le ralentissement psychique, les troubles de l'assimilation personnelle ne seraient, dès lors, que

©BIUM

les séquelles de cette confusion d'origine émotive. Sans dentité complète, il y a ici, croyons-nous, une certaine analogie avec les faits d'inhibition consécutifs aux accès confusionnels survenus chez des militaires fortement émotionnés par telle circonstance de la guerre. Les troubles vaso-moteurs, la tachycardie, l'hypotension, l'absence du R. O. C., la céphalée, l'insomnie, l'hyperesthésie, l'état de crainte, la mauvaise humeur, les réactions vives aux interventions mal interprétées, rappellent d'assez près le syndrome hyperémotif secondaire constaté dans ces cas.

Que sera l'avenir de cette malade? Il est difficile de le prévoir avec certitude. En ne tenant compte que de l'étiologie et de la pathogénie supposées, il devrait être favorable. Mais, comme toujours, il est un autre facteur pronostic, c'est le terrain. Celui-ci devait nécessairement être prédisposé pour que de pareils troubles aient pu s'installer et persévérer. Or, nous n'avons pas de renseignements permettant d'apprécier — si toutefois la chose est possible — la valeur de ce facteur. De là les réserves auxquelles nous avons déjà fait allusion.

DISCUSSION

M. Truelle. — Nous vous avons présenté cette malade non pas seulement en raison de l'étiologie affective et des difficultés diagnostiques et pronostiques de ce cas, mais parce qu'il rappelle d'assez près celui de certains soldats commotionnés qui ont été déjà signalés à l'attention de la Société médico-psychologique.

M. Courbon. — Il y a, en effet, une analogie certaine : c'est avant tout un état d'inhibition dans un complexus affectif évident ; et s'il fallait lui donner une étiquette, on pourrait choisir celle d'asthénomanie, préconisée par certains.

M. Dupain. — J'ai eu dans mon service de femmes, à l'asile de Vaucluse, un certain nombre de malades de ce genre. Le pronostic est en général favorable.

La séance est levée à 5 h. 50.

Les secrétaires des séances,

J.-M. Dupain et Truelle.

©BIUM

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Archivio di antropologia criminale, psichiatria e mecidina legale.

Année 1913 (1).

XVI. — *Alexandre Skinas, assassin du roi de Grèce*; par le Dr Magrini (numéro de mai). — C'est un tuberculeux déséquilibré et neurasthénique, ancien étudiant en médecine de l'Université d'Athènes, qui ne put par misère terminer ses études et exerça à Zanthe sans diplôme. Cinq jours avant son crime, il commença à écrire son autobiographie. Il prétend avoir eu des hallucinations au moment de son régicide : « J'aurais assassiné ma sœur, si je l'avais rencontrée à ce moment. » Quelques idées de grandeur mystique.

XVII. — *Une maison de réclusion qui disparaît* [*celle de Milan*] (numéro de mai). — Elle remontait à 1670, avait servi sous toutes les dominations qui se succédèrent en Lombardie. Bien souvent, elle fut une ergastule politique, mais son principal rôle fut d'être un hôpital général au sens que l'on donnait en France à ce mot sous l'ancien régime. Elle fut plusieurs fois le théâtre de révoltes. En 1797, on lui adjoignit un quartier de femmes. Après 1815, elle servit à l'Autriche à enfermer les partisans de Murat.

XVIII. — *Deuxième année du cours de perfectionnement sur l'histoire naturelle du délit et la pénologie près l'Université de Turin. Rapport du Dr Rubini à S. E. le ministre de Grâces et Justice* (numéro de juillet). — Nous avons étudié, l'an dernier, le fonctionnement de cet Institut, les principes sur lesquels est fondé l'enseignement. L'auteur constate que le succès va en croissant, que l'auditoire comprend des étrangers, de jeunes magistrats, de jeunes médecins légistes. Outre les cours professés l'année précédente, le professeur Manzaci y a passé en

(1) Suite et fin. V. les *Annales* de juillet 1917.

©BIUM

revue les projets de codes pénaux et d'instruction criminelle actuellement à l'étude en Allemagne, en Autriche et en Suisse. Il a insisté sur l'art. 34 du projet autrichien qui prescrit de mesurer la peine suivant le degré de périculosité de l'auteur. Il examine aussi le projet Doria, soumis au Parlement italien, qui abolit le domicile forcé et y substitue de nouveaux moyens qui individualisent la peine, et aussi le projet Giolitti, sur l'assistance des enfants exposés et abandonnés.

XIX. — *Influence de la pression atmosphérique sur les crises pileptiques*; par les Drs A. Marie et Nachman, de Villejuif (numéro de juillet). — Il s'agit d'un sujet de vingt-sept ans, épileptique, qui avait des crises fréquentes chaque fois qu'il était à Paris et beaucoup moins lorsqu'il se trouvait sur les hauteurs de l'Engadine, le régime alimentaire et les autres conditions restant semblables. A Lausanne, il y avait déjà diminution des crises. Ce fait corrobore ceux déjà anciens de Chiaruggi, Lombroso et Tamburini.

XX. — *Histoire individuelle de 700 enfants anormaux*; par le Dr Pennaza (numéro de juillet). — L'auteur a suivi 700 enfants de cette catégorie, recueillis à Bertulia. Sur ce nombre, il y a 249 idiots, 142 imbéciles, 148 épileptiques, 77 anormaux, 53 non spécifiés. 123 avaient une hérédité psychopathique, 72 descendaient d'alcooliques, 61 étaient fils de névrosiques, 45 étaient des enfants dont la famille était inconnue, 46 mères avaient subi pendant la grossesse des chocs moraux, 39 descendaient de tuberculeux, 37 d'épileptiques, 21 de pellagreux. De 350 les antécédents sont inconnus. Enfin, il y a quelques agités, quelques hémiplégiques, quelques déments précoces. Si les parents avaient une vie plus saine et plus large, le nombre des anormaux diminuerait certainement.

XXI. — *Société de médecine légale de Rome.* Séances du 28 décembre 1912 et du 22 janvier 1913 (numéro de juillet). — Une seule communication intéresse la psychologie. C'est celle de Persiani sur les *erreurs de la mémoire étudiées par l'expérimentation.* — Quatorze étudiants en droit observèrent pendant une minute le tableau d'un incendie et des opérations de sauvetage. L'examen de ces sujets eut lieu trois jours après. L'auteur observa 11 cas d'indétermination, 9 fois des inexactitudes, des omissions, générales et partielles, enfin, trois fois les récits furent purement imaginatifs.

XXII. — *Uxoricide et tentative de suicide chez un passionnel hystérique*; par le Dr A. Sacerdote (numéro de juillet). — Il s'agit

©BIUM

d'un détraqué, garçon mécanicien, peu sociable, âgé de vingt ans, grand lecteur de romans populaires, qui chercha, pour de minces contrariétés, à se suicider cinq fois. Par jalousie sur sa fiancée, qui lui en fournissait des motifs légitimes, quoiqu'elle n'eût que seize ans, il tenta une première fois de se suicider en s'empoisonnant avec du sublimé; un peu plus tard, c'est avec de l'ammoniaque; une troisième fois, après une fugue, quinze jours après son mariage, c'est avec le gaz d'éclairage. Un peu plus tard, il apprend que sa femme était syphilitique, d'où scène : il cherche alors à se suicider avec un revolver; il quitte son ménage, va en France, où il est condamné, pour menaces envers un de ses camarades de travail, à huit mois de prison. Il revient en Italie, vers sa femme, qui lui avait envoyé de l'argent en prison; mais là, nouvelles discussions avec elle et avec ses parents, il ne peut plus ni dormir ni manger. La femme introduit une demande en séparation de corps; c'est alors qu'après une nouvelle entrevue, il la prie de reprendre la vie commune, puis tire sur elle un coup de revolver et un autre sur lui-même. Il a, de temps en temps, des crises hystériformes, des troubles de la sensibilité, de l'hypoesthésie généralisée, de l'hyperesthésie le long du rachis. En prison, il écrit ses impressions. En somme, c'est là un crime passionnel hystérique qui entraîna pour son auteur une condamnation à sept ans de réclusion.

XXIII. — *Les sentences pénales productives d'exclusion ou d'expulsion du service militaire* (numéro de juillet). — Sont exclus de l'armée italienne, en vertu du décret du 24 décembre 1911, mis en vigueur en mars 1912, les condamnés à l'ergastule, ceux à plus de cinq années de réclusion et qui, en vertu de la loi, sont perpétuellement inaptes aux fonctions publiques; les condamnés à la réclusion pour lesquels le tribunal a, dans son jugement, décidé l'interdiction des emplois publics. Toutes ces sentences sont intégralement communiquées aux conseils de revision.

XXIV. — *La nouvelle criminologie*; par Théodore Roosevelt (numéro de septembre). — L'importance de cet article est moins dans les idées qu'il exprime que dans la haute autorité qui s'attache légitimement au nom de son éminent auteur. La justice doit exister pour les prisonniers et pour la société. Il importe qu'en prison, le détenu soit soumis à un travail en rapport avec sa force et ses aptitudes, qu'il reçoive un enseignement rationnel, professionnel et intellectuel, une éducation

©BIUM

morale et soit mis en situation de se réhabiliter à sa sortie. Reste la question des grâces. Roosevelt se prononce pour leur maintien, mais en remet la proposition à une Commission dont doit nécessairement faire partie le directeur de la maison où le détenu subit sa peine et de deux hommes intègres, de haute intelligence, étrangers à la politique. Ces trois membres, plus un secrétaire exécutif, doivent recevoir une indemnité. Le travail des détenus doit appartenir à l'État et non à un industriel privé. Le détenu recevra une paye raisonnable. Mais le grand écueil de toute amélioration des détenus vient de ce que, dans notre société, celui qui sort de prison est un outlaw. Le plus difficile, pour un condamné, est le moment où il sort de prison, déconsidéré, sans ressource, et en relation pour ainsi dire forcée avec ses anciens camarades de prison. C'est à ce moment que la société doit intervenir pour éviter les rechutes qui sont, sans cela, pour ainsi dire fatales. La libération conditionnelle est un excellent moyen prophylactique des récidives, mais toutes les promesses des détenus n'ont pas une égale valeur, par exemple, la parole des nègres des États du Sud. Il faut aussi qu'il existe des œuvres qui coopèrent avec le Gouvernement pour protéger et surveiller les détenus libres pour leur procurer du travail et les encourager à rester honnêtes.

XXV. — *L'argot en Sardaigne* ; par les Drs Cevadelli et Alzeni (numéro de septembre). — Le tatouage est rare, mais l'argot est très répandu en Sardaigne, surtout chez les mineurs, revendeurs, chaudronniers, mais peu connu dans les villages de la montagne. Certains mots ne sont usités que chez les malvivants ; d'autres sont communs aux honnêtes gens et aux voleurs, d'autres enfin sont employés par tout le monde. L'argot sarde contient des mots d'origine grecque en assez grand nombre. Il se forme, comme d'ailleurs les autres argots, par altération de syllabes ou de lettres de la langue commune auxquelles on ajoute des lettres intercalaires ou une finale convenue ou par des métaphores, enfin, par des termes spéciaux inintelligibles pour les non-initiés. Certaines formules rappellent les mots magiques des anciens et servent à implorer, comme formules d'imprécation ou pour conjurer un péril.

XXVI. — *Anomalie rare de la langue chez un aliéné criminel* ; par le Dr dell Erba (numéro de septembre). — Un homme de trente et un ans, fils d'un dément sénile, neveu d'un aliéné, entre au manicome judiciaire d'Aversa, en septembre 1911, à la suite d'un non-lieu dans une affaire d'assas-

©BIUM

sinat. Son crâne présente de nombreux stigmates de dégénérescence, il est asymétrique et scaphoïde. Le volume, par la méthode de Parchappe, est de 1.566 centimètres cubes. Les oreilles sont asymétriques, le nez est dévié à droite, la voûte palatine ogivale; légère gynécomastie, les poils du pubis sont disposés suivant le type féminin; le bras gauche est plus fort que le bras droit. Nombreuses cicatrices; les sens sont obtus, sauf la vue; il est atteint de paranoïa persecutoria avec transformation de la personnalité. Le plus intéressant, chez ce sujet, est la conformation de la langue : sa couleur, ses dimensions, sont normales, les mouvements n'ont rien de particulier, les sensibilité gustative et tactile sont normales, mais il existe un sillon longitudinal médian avec tendance à la bifidité que rejoint en arrière la plus externe des papilles caliciformes; latéralement, la muqueuse s'élève de plus en plus, ce sillon se termine par des parties assez profondes en rapport avec le développement du pli lui-même. Ce pli n'est formé que de muqueuse sans participation des plans sous-jacents; il est obliquement dirigé de dedans en dehors, la concavité étant dirigé vers la base de la langue. Il détermine sur la face supérieure de la langue des sortes de sacoches analogues à de profondes valvules (5 millimètres). C'est, en somme, soit une variété de la langue cérébriforme de Levi Bianchini, soit un type anormal de la langue scrotale. Il ne peut pas s'agir d'une anomalie réversive.

XXVII. — *Colonie de criminels sous direction médicale*; par le Dr Carrara (numéro de septembre). — C'est celle que le professeur Keller a établie à Livo (Danemark). Ce savant a constaté que 70 p. 100 des détenus présentaient des troubles mentaux, des psychonévroses, et que 12 p. 100 étaient des aliénés confirmés. Beaucoup sont enfants de parents âgés, alcooliques, hystériques, épileptiques, fous, hypocondriaques, maniaques, paranoïaques. Chez eux, la tare se caractérise surtout par la récidive. L'institution de colonies familiales à direction médicale doit se rapprocher des classes ou des Instituts pour arriérés et, à un autre point de vue, des asiles pour inéducables, des workhouses, des asiles pour alcooliques, des colonies agricoles ou industrielles pour aliénés. Mais il faut tenir compte que l'on a affaire à des individus aussi et même plus tarés du côté éthique que du côté intellectuel; il faut les occuper utilement, mais aussi les distraire. C'est au début que le personnel a le plus de mal, au moment où l'arrestation a jeté un trouble profond dans le caractère de ces indisciplinés ins-

©BIUM

tables. Ces malades ne peuvent tolérer la solitude, le travail uniforme dans un espace clos ; il faut donc leur permettre un peu de libre vagabondage. L'institut de Livo est dans une île de 350 hectares de superficie, on n'y a envoyé que des sujets tranquilles, qui ont subi une période d'examen préalable à Breinig. On y exploite de la tourbe. Les malades travaillent en liberté dans les jardins, aux soins du ménage et à l'aménagement de la forêt. Le logement des détenus est formé de deux pavillons séparés et d'une petite chambre de sûreté.

XXVIII. — *Société de médecine légale de Rome*, séance du 2 juin 1913 (numéro de septembre). — Le professeur Ottolenghi, à propos des vérifications de l'authenticité des testaments, dit que, outre les vérifications matérielles des écritures et des signatures, il faut aussi s'appuyer sur l'état mental probable du testateur et celui du faussaire supposé. Donc, il y a, dans ces sortes d'expertises, une partie psychologique.

XIX. — *Mariage, impuissance, virginité comme erreur de personne* (numéro de septembre). — L'impuissance psychologique constitue, pour certains tribunaux italiens, une cause de nullité de mariage, mais à la condition qu'elle soit bien établie et qu'il n'y ait point eu défloration et *a fortiori* grossesse. *L'Archivio* cite, à ce sujet, des décisions du tribunal de Naples et des cours de Gênes et de Milan.

XXX. — *Séparation de corps pour folie* (numéro de septembre). — Pendant son voyage de noces, un homme manifeste des signes évidents de paralysie générale. Il est démontré que la maladie préexistait au mariage. Or, un aliéné ne peut donner, en connaissance de cause, son consentement à un mariage, celui-ci est donc nul. C'est ce qu'a déclaré le tribunal autrichien de Trieste.

XXXI. — *Type criminel. Arrêté par erreur, il avoue un vol de 20.000 couronnes d'Autriche*; par X... (numéro de septembre). — Un garçon de banque de Naples se sauve emportant 133.816 fr. 15. La police envoie son signalement dans toutes les directions. A Genève, on arrête à l'hôtel International un jeune homme qui jetait l'argent par les fenêtres. C'était un Viennois, ce n'était donc pas le voleur italien recherché, mais ce jeune homme avoua qu'il avait dérobé 20.000 couronnes à la banque de Laybach, en Styrie. L'auteur conclut que c'est le type criminel qui a guidé les policiers suisses ; ne serait-ce pas plutôt la prodigalité exagérée de cet individu ?

©BIUM

XXXII. — *Dysvulnérabilité des criminels* (numéro de septembre). — On sait que les Italiens admettent que le criminel est cruel parce que lui-même ne ressent, comme l'homme primitif, la douleur que d'une façon très atténuée. *L'Archivio* cite, à ce propos, le cas d'un nommé R..., trente-quatre ans, qui avait commis plus de trois cents délits et qui, détenu à la maison d'arrêt de Mauriac (Cantal), s'est cousu la bouche avec une aiguille et du fil noir qu'il avait réussi à se procurer, et cela, dans le but de prolonger l'instruction.

XXXIII. — *Confession d'un moine assassin* (numéro de septembre). — Un drame ensanglanta le couvent de la Vierge noire, à Czenstochow. Il fut découvert que le frère Damasio Morzach était un chef de brigands en froc : il volait, se livrait à des désordres avec des prostituées du lupanar voisin ; il avait assassiné son propre frère, était l'amant de sa belle-sœur avant son mariage. C'est pour cela même qu'il l'avait placée dans sa famille. Pour elle, il volait son couvent, il fit même tout le possible pour faire suspecter un sacristain, nommé Zalog. Il mit à mort son frère complaisant à la suite d'une scène violente dans l'intérieur même du couvent. Une descente de police fit trouver chez sa complice des bijoux dérobés à la célèbre statue de la Vierge. Les deux voleurs furent sévèrement condamnés.

XXXIV. — *Stérilisation des criminels en Amérique* (numéro de septembre). — Un criminel, convaincu de viol sur une enfant de dix ans, fut condamné à mourir en prison et à la vasectomie. L'arrêt fut confirmé par la cour de Washington. Les États de Californie, de Connecticut, d'Indiana, de New-York ont adopté cette mesure contre les idiots, les aliénés et les criminels. Quant à la stérilisation des criminels, je ne puis que répéter ce que j'ai déjà dit tant de fois. Elle ne serait légitime que le jour où il serait absolument prouvé, ce qui n'est pas exact, que le descendant d'un fou ou d'un criminel est nécessairement un criminel, un fou, en un mot une épave sociale. Quant aux idiots, Morel a démontré qu'ils ne peuvent se reproduire.

XXXV. — *Prix Lombroso, études sur la pellagre* (numéro de septembre). — On sait que la famille Lombroso avait ouvert un concours sur la pellagre et les questions qui s'y rattachent. Le jury se composait du professeur Alpago Novello, du Dr Lombroso et du Dr Antonini, rapporteur. Les concurrents étaient : Camurri, Volpino, qui ont obtenu le prix *ex æquo*, et

©BIUM

le Dr Audenino, qui obtint le second prix. Les mémoires ont été tous trois fort intéressants, celui de Audenino était surtout expérimental; celui de Camurri, physiologique; celui de Volponi, recherchait les relations biologiques spécifiques, dans le but d'établir une immunisation contre la pellagre, mais ces recherches n'ont point abouti.

XXXVI. — *Génie et dégénérescence*; par le Dr G. Lombroso (numéro de novembre). — La meilleure preuve de la vérité d'une doctrine, dit l'auteur, est que le temps, au lieu de la laisser tomber, la confirme. Or chaque jour la théorie de Lombroso sur les rapports du génie et de la dégénérescence reçoit de nouvelles confirmations. C'est ainsi que la magistrale étude de Louis Bertrand sur la vie de saint Augustin vient encore à l'appui des idées de l'école de Turin. Augustin était petit, débile, avait la poitrine délicate, il se montra d'une insensibilité complète et excessive vis-à-vis de sa mère; il lui consigna même sa porte et cependant c'était un génie philosophique et théologique. Dans son livre sur les femmes écrivains de la Suède, Ellen Key, F. Brumer, J. Legerhof, que, nous Latins, nous trouvons incompréhensibles parce qu'elles veulent décrire dans les froids pays du Nord les transports de l'amour tels qu'ils existent dans les régions joyeuses et ensoleillées du Midi, Mme Cruppi, comme Lombroso, montre que l'anomalie chez la femme est surtout sa transformation en virago. Telles paraissent être, d'après leurs théories, certaines de ces femmes « émancipées »; l'une clame bien haut son mépris du mariage, l'autre manie le harpon et le timon comme un homme; une autre veut jusque dans l'église lancer ses théories féministes; une quatrième, honteuse d'être femme, se suicide à trente-cinq ans.

XXXVII. — *Sur l'asymétrie du cerveau criminel;* par le Dr Lattes (numéro de novembre). — Il n'y a pas de signe pathognomonique du type criminel. C'est un ensemble d'anomalies réunies en grand nombre chez un même sujet qui crée le type. On devait théoriquement être amené à penser que c'est le cerveau qui, de tous les organes, devait présenter le plus de ces anomalies, ce qui n'est point exact. Le type Benedikt à quatre circonvolutions n'a rien de caractéristique; la fréquence du gyrus *cunei superficialis* ne prouve rien de plus que les autres anomalies. Hevelock Ellis n'admet pas l'existence d'un cerveau typique de criminel, il n'y a que la fréquence des asymétries des hémisphères cérébraux que l'on ait signalée comme

©BIUM

vraiment caractéristique. Sont-elles en relation avec le mancinisme? L'auteur a étudié 1.010 hémisphères de criminels de toutes sortes dont un grand nombre venaient du bagne de Turin et 488 normaux des plus basses classes, morts d'accidents ou victimes d'homicides et chez lesquels il y avait certainement des criminels en puissance : il a constaté des variations très grandes de la symétrie et de la vallée sylvienne, des anomalies du sillon interpariétal, la présence de la scissure calcarine sur la face latérale de l'hémisphère, la présence ou l'operculation du *sulcus lunatus* d'Elliot Smith (type pithicoïde de cet auteur) qui y voit une anomalie réversive, une persistance du type antérieur au développement des zones de projection. Le *sulcus lunatus* est en rapport constant avec l'*area striata* entourant l'extrémité de la scissure calcarine, mais ces rapports varient suivant bien des types. Les types à 4 et à 5 circonvolutions frontales sont fréquents chez les criminels. L'asymétrie est bien plus grande chez eux que chez les normaux. Nous rappelons que Bichat croyait l'asymétrie des hémisphères un signe de maladie mentale, ce qui fut contredit à l'autopsie par son propre cerveau. Lasègue admettait que l'épilepsie était en relation avec l'asymétrie cranio-faciale et surtout celle du trou occipital. Comme les Italiens voient dans le criminel-né une variété d'épileptique, ils continuent donc sur ce point la tradition de notre École française dont l'exactitude n'est point réellement démontrée. Lattes pose une dernière question : l'asymétrie encéphalique n'est-elle point un type supérieur d'organisation?

XXXVIII. — *La fiche biologique;* par le Dr Sanguinetti (numéro de novembre). — Pour connaître le psychisme d'un individu au point de vue médico-légal, il faut connaître, outre son état actuel, ses anamnestiques somato-psychiques et sociaux qui seuls peuvent expliquer le crime. La fiche doit donc comprendre : 1° des généralités sur l'individu, ses parents, frères et sœurs, grands-parents, avec mention de la consanguinité et de l'hérédité familiale; 2° l'histoire somatique et psychique de l'individu avec l'indication des diverses maladies qu'il a eues; 3° l'étude de l'ambiance familiale et sociale dans laquelle il a vécu; 4° un schéma d'ensemble. A l'établissement de cette fiche doivent collaborer toutes les personnes ayant, par profession, des rapports avec l'individu : médecins, patrons et maîtres, autorités civiles, militaires et judiciaires, y compris les consuls en cas d'émigration. Cette fiche devrait être déposée au secré-

©BIUM

tariat de la mairie du lieu de la naissance et y être rigoureusement personnelle : elle servirait à la fois les intérêts de la justice et de la science; ce serait un petit travail de la tenir à jour. Je suis de l'avis de l'auteur sur l'utilité incontestable de cette fiche, mais je ne vois pas la possibilité de l'établir. Dans les petites communes, il y a danger d'indiscrétion et de laisser aller, au moins chez nous; dans les grandes, ce serait parfois une impossibilité. De plus, le médecin de l'individu ne saurait y collaborer sans violer le secret professionnel : il n'y a point chez nous de médecins fonctionnaires pour le faire. Rien en France ne rappelle le Kreisphysicus allemand et je ne crois pas, d'après ce que je sais des médecins soldés italiens, que leur situation corresponde à celle du médecin fonctionnaire allemand. On ne pourrait donc, à la rigueur, être renseigné que sur les périodes où l'individu a été au régiment ou en prison et peut-être à l'école, dans certaines grandes villes, ce qui est pratiquement insuffisant.

XXXIX. — *Signification psychologique de quelques trouvailles délictueuses exceptionnelles;* par le Dr Tomellini (numéro de novembre). — On a trop tendance à interpréter ce que l'on trouve chez les délinquants comme on le ferait pour des gens normaux; or bien souvent, pour connaître la vérité, il faut étudier la psychologie de ces êtres exceptionnels. En voici un exemple. On trouve le cadavre d'un jeune apache de dix-sept ans dans le lit d'un torrent desséché, à 150 mètres d'une maison habitée. Le cadavre porte différentes preuves qu'avant de mourir l'homme a lutté corps à corps avec ses assaillants. Au niveau du 5e espace intercostal on trouve un trou produit par une balle de 6 millimètres qui avait perforé le péricarde et le cœur en deux endroits différents et était ressortie au voisinage de l'appendice xyphoïde. Il y avait blessure de la langue, de la lèvre inférieure, du menton et du lobule de l'oreille droite. Ces dernières blessures signifiaient, l'enquête l'a démontré, que les camorristes l'avaient tué pour avoir révélé leurs secrets et pour montrer à leurs adhérents qu'on ne doit point trahir les secrets que l'on a entendus. Une autre fois, dans un appartement très riche, qu'ils avaient dévalisé, les voleurs abandonnèrent, sur un fauteuil, un mouchoir plein de sperme. Que signifiait cela? S'étaient-ils masturbés? avaient-ils commis des actes contre nature ou avaient-ils avec eux une femme? Souvent, en Italie du moins, les voleurs défèquent avant de quitter le lieu du vol. Est-ce l'émotion, est-ce en vertu d'un vieux préjugé que, pour

©BIUM

ne pas être pris, ils doivent laisser quelque chose d'eux-mêmes sur le théâtre du crime?

XL. — *Musée de criminalité infantile;* par le Pr Carrara (numéro de novembre). — On a fondé dans différentes villes des musées pour recueillir les documents relatifs à l'anthropologie criminelle et à la criminologie. Tels sont ceux de Turin, Berlin, Hambourg, Wien, Cologne et Rome. Une section du musée Lombroso, à Turin, a été consacrée aux crimes des enfants, par Tovo et Sacerdote, mais une beaucoup plus importante collection de ce genre a été réunie par Rupprecht au palais de Maria Helft Platz, à Munich, dans le local du tribunal pour enfants. Pour les blessures, il y a évidemment identité absolue entre les instruments dont se servent les délinquants, qu'ils soient majeurs ou mineurs. Les enfants volent souvent des objets brillants à l'œil, mais dénués de valeur : des filets à pêcher, des papiers colorés, des clefs, des frondes, des arcs, etc. Souvent aussi les enfants sont dressés au vol à la tire. Beaucoup de ces enfants criminels peuvent être amendés par divers moyens, mais quelques autres sont des criminels-nés, des aliénés. Carrara cite des exemples : il signale la néophilie des jeunes criminels comme ceux qui ont commis une escroquerie avec de petits aéroplanes en bois. Rupprecht insiste sur l'influence de Buffalo Bill, des Indiens, de Sherlock Holmes sur les jeunes Allemands dégénérés. Une bande de jeunes vauriens munichois s'étaient fait dessiner déguisés en Indiens. Il y a dans ce musée une panoplie très dangereuse d'armes à feu et d'instruments de vol saisie sur un amoral dégénéré. Un jeune vaurien de quatorze ans a fait dérailler un train « pour voir ». D'autres jeunes bandits introduisaient de fausses pièces de 10 pfennig dans des appareils automatiques. On a même vu des mineurs fabricants de fausse monnaie. Une fillette faisait la contrebande de la saccharine dans les doublures de ses vêtements.

XLI. — *Sur un cas de tentative de suicide par blessure d'instrument tranchant au cou;* par le Dr Romanese (numéro de novembre). — Un jeune aliéné de vingt-trois ans voulut tuer son ancienne maîtresse et celui qui l'avait supplanté : il s'arma de deux revolvers et de deux rasoirs, se rendit de bon matin chez eux, y fit une scène très violente et prononça même des paroles incohérentes. Les agents appelés voulurent le saisir : pendant qu'ils montaient, le malade saisit deux rasoirs, un dans chaque main et se taillada le cou et la figure, puis se jeta par la fenêtre. Lorsqu'on le releva, il avait une fracture comminu-

©BIUM

tive du crâne, une plaie cutanée de la région pariétale et une fracture de l'humérus droit. Il mourut peu après. A l'examen, le cou portait dans sa région latérale droite quatre blessures dont deux très profondes, l'une dirigée de gauche à droite, l'autre de droite à gauche ; la plus longue atteignait 13 cent. 1/2. L'une était faite par la main gauche, l'autre par la main droite. Les faits rapportant l'usage simultané de deux rasoirs sont rares. On cite ceux de Fischer, d'Hoffmann, de Taylor. Ceux de Dubois, Boyer, Adelon sont douteux. La profondeur comparative des deux blessures permet de savoir si l'on a affaire à un droitier ou à un gaucher, ce qui quelquefois peut présenter un certain intérêt.

LXII. — *Sur un signe professionnel des lutteurs*; par le Dr Sante de Sanctis (numéro de novembre). — Sous l'influence de traumatismes répétés dans leurs exercices, il arrive très souvent que, dans la lutte à mains plates, les professionnels de ce sport contractent un othématome de l'oreille gauche, comparable à celui que l'on voit chez les aliénés et reconnaissant des causes analogues quoique plus violentes. Ces traumatismes existent surtout dans les manœuvres dites de la cravate et de la prise de tête à terre. Ces constatations confirment la notion de l'origine traumatique des hématomes.

L. Wahl.

©BIUM

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Légion d'honneur. — La croix de chevalier de la Légion d'honneur a été décernée à deux de nos collègues des asiles. La première à M. le Dr Levet, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de La Charité (Nièvre) :

« M. Levet, médecin-major de 1re classe territoriale, médecin-chef d'une ambulance : Très distingué, dirige avec autant de compétence que de dévouement une importante formation sanitaire dont il a obtenu le meilleur rendement, grâce à son énergie et à son autorité. »

La seconde, à M. le Dr Frantz Adam, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne.

« M. Adam (François-Xavier), médecin aide-major de 1re classe de réserve au 1er bataillon du 23e régiment d'infanterie : Médecin d'un zèle et d'un dévouement admirable, animé de sentiments élevés qu'il sait communiquer aux hommes de son bataillon. Lors de l'attaque du 16 avril 1917, a donné de nouvelles preuves de ses belles qualités. Sous le feu de l'ennemi, durant tout le combat, n'a cessé de prodiguer ses soins aux blessés, les réconfortant par son entrain, sa belle humeur et son mépris absolu du danger. Deux fois blessé, trois fois cité à l'ordre. » La présente nomination comporte l'attribution de la Croix de guerre avec palme.

Citations. — M. le Dr Dupytout, interne de la Maison de santé de Vanves, a obtenu deux citations. La première, à l'ordre du régiment, est ainsi libellée :

« M. Dupytout (Gabriel), médecin aide-major de 2e classe : A assuré, du 19 décembre 1916 au 2 janvier 1917, avec beaucoup de zèle et de dévouement le service médical du Bataillon dans un poste de secours fréquemment exposé à de violents bombardements. » (Croix de guerre.)

Voici la seconde citation, qui est à l'ordre de la division :

« M. Dupytout (Gabriel), médecin aide-major de 1re classe : N'a pas quitté le régiment depuis le début de la campagne. A fait preuve en toutes circonstances du plus grand zèle et du plus entier dévouement, allant soigner les blessés dans les lignes les plus avancées, quelle que soit l'intensité du feu. »

Nous enregistrons, en outre, avec le plus grand plaisir les

©BIUM

citations élogieuses obtenues par les fils de deux de nos collègues.

La première, qui est une citation à l'ordre du corps d'armée, a été décernée à M. Louis Parant, fils de notre dévoué collaborateur et ami, M. le Dr Victor Parant, médecin-directeur à la Maison de Santé de Toulouse.

« M. Louis Parant, médecin aide-major de 2e classe : Jeune médecin plein de zèle et de dévouement, qui se dépense sans compter en toute circonstance pour assurer les soins aux blessés et aux malades. Gravement commotionné et intoxiqué, le 7 juin 1917, à son poste de combat, par la chute d'un obus de gros calibre; avait été blessé deux fois antérieurement. (Croix de guerre.)

La seconde citation, à l'ordre du régiment, a été obtenue par le fils de notre excellent collaborateur, M. le Dr A. Adam, médecin-directeur de l'asile Saint-Georges, à Bourg.

« M. Adam (Emile), médecin auxiliaire au 1er bataillon du 14e régiment d'infanterie : A fait preuve, à l'occasion des combats des 22 et 30 avril 1917, d'un beau dévouement en pansant et évacuant de nombreux blessés sous un tir d'artillerie violent. »

TRIBUNAUX

Une erreur judiciaire. — Dans les premiers jours de septembre 1914, le canonnier Jean-Baptiste-Eugène Bouret, du ...e régiment d'artillerie, alors qu'il était à son poste de combat, subissait une violente commotion cérébrale par suite de l'éclatement d'un obus. Transporté dans une ambulance voisine, il s'en évadait quelques jours après. Arrêté, il fut traduit devant le conseil de guerre pour abandon de poste devant l'ennemi; il fut jugé sans instruction préalable, sans témoins, uniquement après un interrogatoire qu'il avait refusé de signer; condamné à mort, il fut exécuté le 7 septembre.

Mais peu de temps après, on s'aperçut de l'erreur; ses chefs, ses camarades attestèrent que Bouret était un brave, mais qu'au moment de l'abandon de son poste, il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés, par suite de la commotion cérébrale qu'il avait subie. La famille de l'infortuné artilleur intenta une instance en révision, et, le 2 août 1917, la Chambre criminelle de la Cour de cassation, présidé par M. Bard, conformément aux conclusions du procureur général et au rapport du conseiller Geoffroy, a cassé et annulé sans renvoi le jugement du conseil de guerre de la 28e division et a déchargé la mémoire de Bouret de la condamnation prononcée.

En raison de l'intérêt que présente, pour les lecteurs des *Annales*, l'arrêt prononcé par la Cour de cassation dans cette

©BIUM

affaire, nous le publions intégralement, en adressant nos bien vifs remerciements à Me Henri Defert, le distingué avocat du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation, qui a bien voulu nous le procurer :

« Sur le réquisitoire du Procureur général d'ordre de M. le garde des Sceaux, ministre de la Justice, tendant à la révision d'un jugement rendu le 7 septembre 1914 par le conseil de guerre de la 28e division d'infanterie, séant aux armées, qui a condamné le soldat réserviste Bouret (Jean-Baptiste-Eugène) à la peine de mort.

« La Cour,

« Ouï M. le conseiller Geoffroy, en son rapport, et M. Delrieu, avocat général, en ses conclusions ;

« Vu la lettre de M. le garde des Sceaux en date du 25 juin 1917 ;

« Vu les réquisitions de M. le Procureur général près la Cour de cassation, en date du 26 juin 1917, ensemble les articles 443, § 4, et 444 du Code d'instruction criminelle, et les pièces de la procédure ;

« Sur la recevabilité de la demande en révision :

« Attendu que la Cour est saisie par son procureur général, en vertu de l'ordre exprès de M. le garde des Sceaux, ministre de la Justice, agissant après avoir pris avis de la Commission instituée par l'article 444 susvisé ;

« Que la demande rentre dans le cas prévu audit article, qu'elle a été introduite dans le délai légal, qu'enfin, le jugement, dont la révision est demandée, a acquis force de chose jugée ;

« Au fond :

« Attendu que les pièces produites suffisent pour permettre à la Cour de statuer sans avant faire droit ;

« Attendu que par jugement du Conseil de guerre de la 28e division d'infanterie, en date du 7 septembre 1914, le soldat réserviste Bouret (Jean-Baptiste-Eugène), du ...e régiment d'artillerie, qui était domicilié à Dijon, a été condamné à la peine de mort pour avoir, le 2 septembre 1914, à Taintrux (Vosges), abandonné son poste en présence de l'ennemi ; que cette peine a été exécutée le même jour, 7 septembre 1914, à 18 heures 30 ;

« Que le soldat Bouret a été traduit devant ledit Conseil de guerre, jugé et condamné sans témoins et sans instruction préalable, uniquement après avoir subi, devant le rapporteur près le Conseil de guerre, un interrogatoire qu'il a refusé de signer et dans lequel il n'a pas reconnu les faits qui lui étaient reprochés ;

« Attendu que, dans son rapport au général commandant

©BIUM

la 28e division d'infanterie, le Commissaire du Gouvernement déclare que Bouret paraît être un faible d'esprit;

« Attendu que, postérieurement à la condamnation, il a été établi, par des pièces qui n'existaient pas à l'époque du jugement ou qui n'ont pas été portées à la connaissance des juges, que le soldat réserviste Bouret était en état de démence lorsqu'il a été arrêté et jugé;

« Qu'en effet, il résulte notamment d'un certificat du Dr Drouot, médecin aide-major à la 22e batterie d'artillerie, délivré le 30 août 1914, que le dit Bouret est devenu fou le 29 dudit mois, par commotion cérébrale;

« Que, d'autre part, les chefs et camarades de Bouret constatant, dans leurs dépositions, régulièrement reçues, que le 29 août 1914, la 22e batterie était en position au Col d'Alozel, lorsqu'un obus ennemi est tombé sur le caisson de la pièce à laquelle le canonnier Bouret remplissait les fonctions de chargeur, que Bouret a été projeté par l'explosion et qu'il s'est relevé perdant son sang par le nez et les oreilles, qu'à ce moment il a paru à tous avoir perdu la raison, inconscient du danger, ne répondant plus à aucune question; que, pour cette raison il a été évacué à l'arrière et on le vit, dans la cour d'une ferme où il avait été conduit s'amusant avec une souricière et trempant sa capote dans un ruisseau, sous prétexte, disait-il, de la faire sécher;

« Attendu que deux jours après, il a été trouvé par un capitaine d'infanterie, dans un village voisin, couché sous un hangar, qu'interrogé par ce capitaine, il a déclaré qu'il avait perdu sa batterie et qu'il attendait qu'elle repasse;

« Attendu, en cet état, qu'il est démontré que le soldat Bouret n'avait plus sa raison au moment de son arrestation et qu'il n'avait pas d'ailleurs abandonné sa batterie puisqu'il avait été évacué;

« Qu'ainsi, il ne subsiste rien qui puisse, à sa charge, être qualifié crime ou délit, que, dès lors, il y a lieu, par application de l'article 445, § 5, du Code d'instruction criminelle, d'annuler sans renvoi le jugement qui l'a condamné;

« Par ces motifs,

« Casse et annule le jugement du Conseil de guerre de la 28e division d'infanterie en date du 7 septembre 1914, qui a condamné le soldat réserviste Bouret à la peine de mort;

« Décharge la mémoire de Bouret de la condamnation prononcée contre lui;

« Ordonne l'affichage du présent arrêt dans les lieux déterminés par l'article 446 du Code d'instruction criminelle et son insertion au *Journal officiel*;

« Ordonne également l'impression du présent arrêt et sa

©BIUM

transcription sur les registres du Conseil de guerre de la 28e division d'infanterie ;

« Dit qu'il en sera, en outre, fait mention en marge du jugement annulé. »

Les avatars d'un brave. — Sous ce titre, *Le Petit Journal* (numéro du vendredi 7 septembre 1917) publie le fait judiciaire suivant :

Bien qu'il ait protesté de son innocence, le sous-lieutenant R... avait été cassé pour une affaire de bijou qu'une amie de rencontre l'avait accusé de s'être approprié. Il avait été renvoyé au front comme simple soldat. Sa brillante conduite lui avait valu la médaille militaire, la croix de guerre et les galons de caporal ; il avait eu six blessures et trois citations.

Titulaire d'un congé de convalescence qui expirait le 23 mai, le caporal n'ayant pas rejoint son corps fut arrêté à Paris le 13 juin. Il a les idées troublées depuis la rupture avec une amie, et après examen mental le Dr de Fleury l'a reconnu atteint de mythomanie.

Après plaidoirie de Me Pierre Dessaigne, le caporal R... a a été, hier, acquitté par le premier conseil de guerre.

Revision d'un jugement d'un conseil de guerre. — On lit dans *Le Petit Parisien* (numéro de samedi 8 août 1917) :

La Ligue des droits de l'homme signalait, en mars dernier, au ministre de la Justice le cas du soldat Louis Manouvrier, condamné par le conseil de guerre de la 72e division d'infanterie à dix ans de réclusion, à la dégradation militaire et à cinq ans d'interdiction de séjour pour avoir dérobé et déchiré un livret militaire.

En faisant observer que des certificats médicaux attestaient que Manouvrier, qui a pris part aux batailles de l'Yser pendant six mois, et qui a contracté la fièvre typhoïde au cours de ces luttes terribles, ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés cérébrales et que, du reste, presque au lendemain de sa condamnation, il avait été transféré dans un asile d'aliénés, la Ligue demandait la revision, en vertu de l'article 64 du Code pénal.

Après enquête, la chambre criminelle de la Cour de cassation, statuant en matière de revision, vient de casser et d'annuler, sans renvoi, le jugement du conseil de guerre.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VIIe VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

PAGES

V. Magnan. Sa vie, son œuvre; par le Dr Paul Sérieux. 273 et 449

I. — Chronique.

Quelques ouvrages de psychologie sur la guerre; par le Dr Paul Voivenel 145
Docteur Pierre Hannard (1884-1917); par le Dr G. Vernet . . . 159

II. — Psychologie.

De la mémoire; par le Dr Rémon (de Metz) . . . . . 5 et 166

III. — Pathologie.

Etats confusionnels et anxieux chez le combattant; par le Dr Raymond Mallet. 27
Apoplexie, asthéno-manie et paralysie générale; par les Drs A. Benon et M. Leinberger 36
Le syndrome émotionnel. Sa différenciation du syndrome commotionnel; par les Drs A. Mairet et H. Piéron 183
L'hystérie et la guerre. Troubles fonctionnels par commotion, leur traitement par le torpillage; par le Dr André Gilles. 207
Fugue et délire. Contribution à l'étude des troubles psychiques de la guerre; par le Dr Raymond Mallet 330
Les quantités mentales et la hiérarchie des délires; par les Drs Dezwarte et Marguerite Jannin 508

IV. — Établissements d'aliénés.

Assistance des aliénés aux Etats-Unis d'Amérique. — Surveillance et traitement hors des asiles. — Organisation du travail dans les asiles; par le Dr Victor Parant père. 47
Le médecin d'asile doit-il faire de la médecine générale? ; par le Dr Wahl. 344

V. — Revue critique.

Sur quelques tendances de la psychologie contemporaine; par le Dr Raoul Mourgue 61

©BIUM

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

PAGES

Séance du 30 *octobre* 1916. — Mort de M. Magnan : MM. Vigouroux, Ritti.— Correspondance manuscrite : MM. Vernon Briggs, Bonhomme, Lucangeli, Vigouroux. — Démarche du Bureau de la Société auprés de M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé : M. Ritti. — De l'inégalité d'intérêt du public pour les blessés et pour les malades de la guerre, par M. Paul Courbon. — Proposition de radiation des membres associés étrangers de nationalité allemande et austro-hongroise, par M. René Semelaigne. Discussion : M. Witry, de Metz. Vote de la radiation. . 74

Séance du 27 *novembre* 1916.— Correspondance : MM. Marcel Briand, Courbon, de Clérambault, Beaussart. — Rapport de M. Pactet sur la candidature de M. Bonhomme; élection. — Rapport de M. René Semelaigne sur la candidature de M. Vernon Briggs; élection. — Le Centre neurologique et psychiatrique de la forteresse de Metz en 1914, par M. Witry (de Metz). — Note sur un cas de séton du crâne par balle de mitrailleuse. Présentation du malade, par M. Raffegeau. Discussion : MM. Vigouroux, Raffegeau 92

Séance du 18 *décembre* 1916. — Correspondance : MM. Semelaigne, Vigouroux, Bonhomme, de Clérambault. — Election du Bureau de 1917. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Courbon; élection. — Maniérisme puéril post-confusionnel. Présentation de malade, par MM. Laignel-Lavastine et Victor Ballet. Discussion : MM. Colin, Laignel-Lavastine, Arnaud, Truelle, Pactet 228

Séance du 29 *janvier* 1917. — Correspondance : MM. Dupain, Juquelier, Vigouroux, Alexandre Pâris. — Installation du Bureau : MM. Vigouroux, Charlier. — Jean-Pierre Falret et la psychopathologie générale, par M. R. Mourgue. Discussion : MM. Chaslin, Vallon, Mourgue, Colin. 241

Séance du 26 *février* 1917. — Mort de M. Ernest Huet : M. Chaslin. — Félicitations à M. de Clérambault : M. Chaslin. — Rapport de M. Truelle sur la candidature de M. Alexandre Pâris; élection. — De la valeur émotionnelle des maladies vénériennes dans l'étiologie et l'évolution des psychoses, par MM. H. Colin et J. Lautier. 352

Séance du 26 *mars* 1917. — Correspondance : MM. Pâris et Vernon-Briggs.— Rapport de la Commission des finances, par M. Semelaigne. — Deux observations de peur invincible chez des combattants, par MM. Pactet et Bonhomme. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Arnaud, Lwoff, Pactet, Colin, Bonhomme, Chaslin. — Un cas de puérilisme mental post-commotionnel, par M. Bonhomme. Discussion : MM. Chaslin, Bonhomme, Laignel-Lavastine. — Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions de guerre, par MM. Laignel-Lavastine et Paul Courbon. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Lwoff, Arnaud, Courbon. . . . 373

Séance du 30 *avril* 1917. — Correspondance : M. Chaslin. — Un cas de délire mystique chez un musulman, par M. J. Lautier. Discussion : MM. Colin, Lwoff, Arnaud, Lautier, Roubinovitch. — Etats seconds cataleptiformes post-confusionnels par émotion-

©BIUM

PAGES

choc de guerre, par MM. Laignel-Lavastine et Courbon. Discussion : MM. Lwoff, Laignel-Lavastine, Mignot, Courbon. — Psychogénèse d'une crise hystérique, par MM. Laignel-Lavastine et H. M. Fay. Discussion : M. Truelle 404

Séance du 21 mai 1917. — Correspondance : MM. Chaslin, Juquelier, Mme Jules-Ferry. — Réunion extraordinaire de la Société clinique des maladies mentales : M. Colin, Laignel-Lavastine. — Epilepsie larvée par traumatisme de guerre (commotion cérébrale), par MM. P. Juquelier et P. Quellien. — Idée prévalente de laideur, par MM. Laignel-Lavastine et Paul Courbon. 534

Séance du 25 juin 1917. — Correspondance et présentation d'ouvrages : Mme Jules Ferry, MM. Chaslin, Legras, Roberto Massalongo. — Mort de M. Lucien Picqué : M. Colin. — Réunion extraordinaire de la Société clinique de médecine mentale : M. Colin. — Délire mystique chez un blessé de l'encéphale, par MM. Henri Claude, J.-G. Lhermitte et A. Vigouroux. Discussion : MM. Vallon, Pactet, Vigouroux, Arnaud, Colin. — Sur les pseudo-hallucinations chez deux délirants mystiques, par MM. Colin et R. Mourgue 557

Séance du 30 juillet 1917. — Correspondance : M. Ritti. — Troubles organiques d'origine fonctionnelle chez les militaires commotionnés. Présentation de malades, par MM. Marcel Briand et Landau. — Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Landau. — Psychasthénie acquise. Présentation du malade, par MM. Laignel-Lavastine et Paul Courbon. Discussion : M. Arnaud. — Délire raisonnant d'invention. Présentation du malade, par MM. Laignel-Lavastine et Victor Ballet. — Etat dépressif consécutif à une émotion de guerre, par M. Truelle et Mlle Bouderlique. Discussion : MM. Truelle, Courbon, Dupain 577

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX AMÉRICAINS (1909-1910)

(Anal. par le Dr AMELINE.)

Le mécanisme de l'amnésie 105
Le jeu des sensations et des sentiments sous l'éther 105
Utilité de distinguer des types cliniques dans les psycho-névroses. 106
L'inconscient. 106
Remarques sur un cas d'amnésie autopsychique complète. 106
Un cas de psychochromesthésie 106
Contribution à la psychologie de la paralysie générale 107
La mesure des émotions par certaines réactions du pouls. 107
Siegmund Freud et son œuvre. 108
Le syndrome dyschirique 108
Un symposium sur la psychothérapie. 109
Sur les rêves et leur interprétation dans le diagnostic et la thérapeutique des états psychopathiques. 109
La conception du subconscient. 109

JOURNAUX ITALIENS (1913)

(Anal. par le Dr WAHL.)

L'accusé et le nouveau projet de procédure pénale. 426
Le suicide des enfants en Italie. 426
Contribution à la connaissance des hommes caudés. 427

©BIUM

PAGES

Sur le fonctionnement des ancien et nouveau systèmes pénaux aux Etats-Unis d'Amérique. Sentences indéterminées et condamnations conditionnelles 428
Sur l'état mental de Vicenzo Poterno, assassin de la comtesse G. Trigona de Sant'Elia. 428
L'anthropologie criminelle et ses détracteurs, sa valeur et son importance historique. 429
Contribution à la connaissance des accidents par courants électriques à basse tension. 429
Un cas d'impuissance psychique de nature hystérique 430
Le jeu en prison. 430
Sunday prison 430
Accusations anciennes et nouvelles contre l'anthropologie criminelle. 431
La fiche individuelle et l'introduction des données biologiques dans la statistique de l'enseignement secondaire en Italie. 431
L'élément pathologique chez le poète Otto Ludwig 432
Sur l'hérédité des caractères acquis. 432
Le concept du danger social des délinquants 432
Alexandre Skinas, assassin du roi de Grèce 603
Une maison de réclusion qui disparaît 603
Cours de perfectionnement sur l'histoire naturelle du délit et la pénologie 603
Influence de la pression atmosphérique sur les crises épileptiques. 604
Histoire individuelle de 700 enfants anormaux 604
Erreurs de la mémoire étudiées par l'expérimentation 604
Uxoricide et tentative de suicide chez un passionnel. 604
Les sentences pénales productives d'exclusion ou d'expulsion du service militaire 605
La nouvelle criminologie 605
L'argot en Sardaigne. 606
Anomalie rare de la langue chez un aliéné criminel 606
Colonie de criminels sous direction médicale 607
Expertise de l'état mental dans les testaments. 608
Mariage, impuissance, virginité comme erreur de personne. . . . 608
Séparation de corps pour folie. 608
Type criminel. Arrestation par erreur d'un individu qui avoue ce vol. 608
Dysvulnérabilité des criminels. 609
Confession d'un moine assassin 609
Stérilisation des criminels en Amérique. 609
Etudes sur la pellagre. Prix Lombroso 609
Génie et dégénérescence. 610
Sur l'asymétrie du cerveau criminel 610
La fiche biologique. 611
Signification psychologique de trouvailles délictueuses exceptionnelles 612
Musée de criminalité infantile. 613
Cas de tentative de suicide par blessure d'instrument tranchant au cou 613
Sur un signe professionnel des lutteurs. 614

III. — Bibliographie.

Les méthodes biochimiques dans l'étude et le traitement des maladies mentales; par le Dr Conéo (Anal. par le Dr G.-L. Lucangeli). 112

©BIUM

PAGES

Sur un syndrome de la phrénasthénie cérébropathique après la naissance; syndrome aparétique avec aphasie tardive; par le Prof. Sante de Sanctis (Anal. par le Dr G.-L. Lucangeli). . . . 116
St. Hans Hospital, 1816-1916. Jubilaeumsskrift ungivet paa Kobenhavns Magistrats Foranstalning; par le Dr Aug. Wimmer (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 119
Les troubles mentaux consécutifs au shock des explosifs modernes. Contribution à l'étude des psychoses de guerre; par le Dr Pierre Vachet (Anal. par le Dr P. Hannard). 121
Pour être sages; par Urbain Gohier (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 123
Etats anxieux dans les maladies mentales, par le Dr G. Bergonzoli (Anal. par le Dr C. Wahl). 433
Formes de troubles mentaux que l'on peut prévenir; comment on peut les prévenir, par le Dr E. Stanley Abbot (Anal. par le Dr Th. Chaslin). 434
Le point de vue biologique en psychologie et en psychiatrie, par le Dr E. Stanley Abbot (Anal. par le Dr Th. Chaslin). 435

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 125 et 436

IV. — Variétés.

Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : MM. Mercier, Charpentier, Gimbal, Coulonjou, Vernet, Juquelier, Lépine, Castin, Jabouille, Beaussart, Pélissier, Rogues de Fursac, Pochon, Bécue, Rodiet, Thibaud, Marchand, Monestier, Castin, Brissot, Hamel, Dubuisson, Ameline, Briche, Dezwarte, Bourilhet, Cornu, Toy, Hannard, Privat de Fortunié, Lerat, Prince, Gassiot, Adam, Terrien, Guichard, Demay, Guiraud, Condamine, Dalmas, Mignard, Naudascher, Leroy, Cossa, Mignot, Fouque, Boidard, Mme Picquemal-Lévêque. — Nécrologie : Dr V. Magnan, Dr Papillon. — Prix de l'Académie de médecine. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Les aliénés en liberté. — Tribunaux. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique. 127
Les médecins aliénistes et la guerre. — Nécrologie : Dr Georges Sandoz. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. — Prix de la Société médico-psychologique 263
Les médecins aliénistes et la guerre. — Nécrologie : Dr Lucien Picqué. — XIIIe Assemblée de la Société suisse de Neurologie. — Propagande intermédicale à l'étranger. — Contre la morphine, la cocaïne et l'opium. — Les aliénés en liberté. — Faits divers. 438
Les médecins aliénistes et la guerre. — Tribunaux 615

Table des matières du tome VIII de la 10e série 620

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

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