Bibliothèque numérique
medic@

Annales médico-psychologiques

n° 11. - Paris: Masson, 1919.
Cote : 90152, 1919, n° 11

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90152x1919x11

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

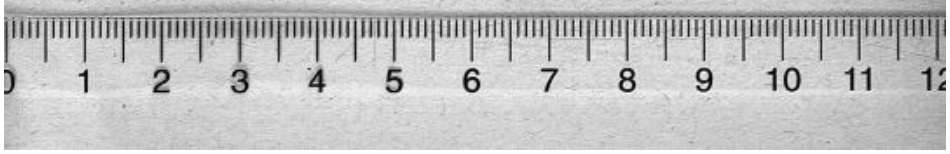
JOURNAL

DE

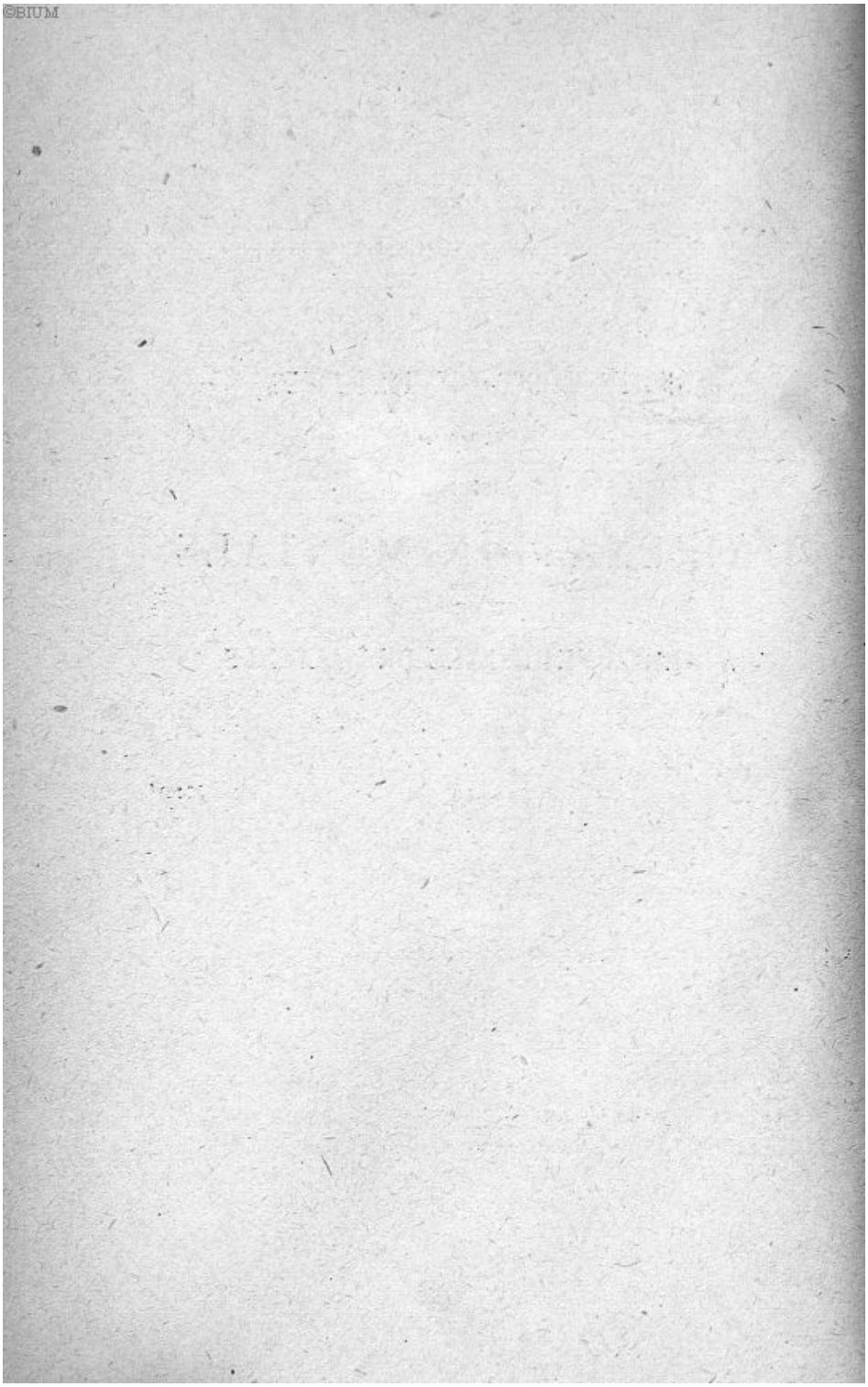
L'ALIÉNATION MENTALE

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.

BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE DE PARIS

—

DIXIÈME SÉRIE — TOME ONZIÈME

SOIXANTE-QUINZIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

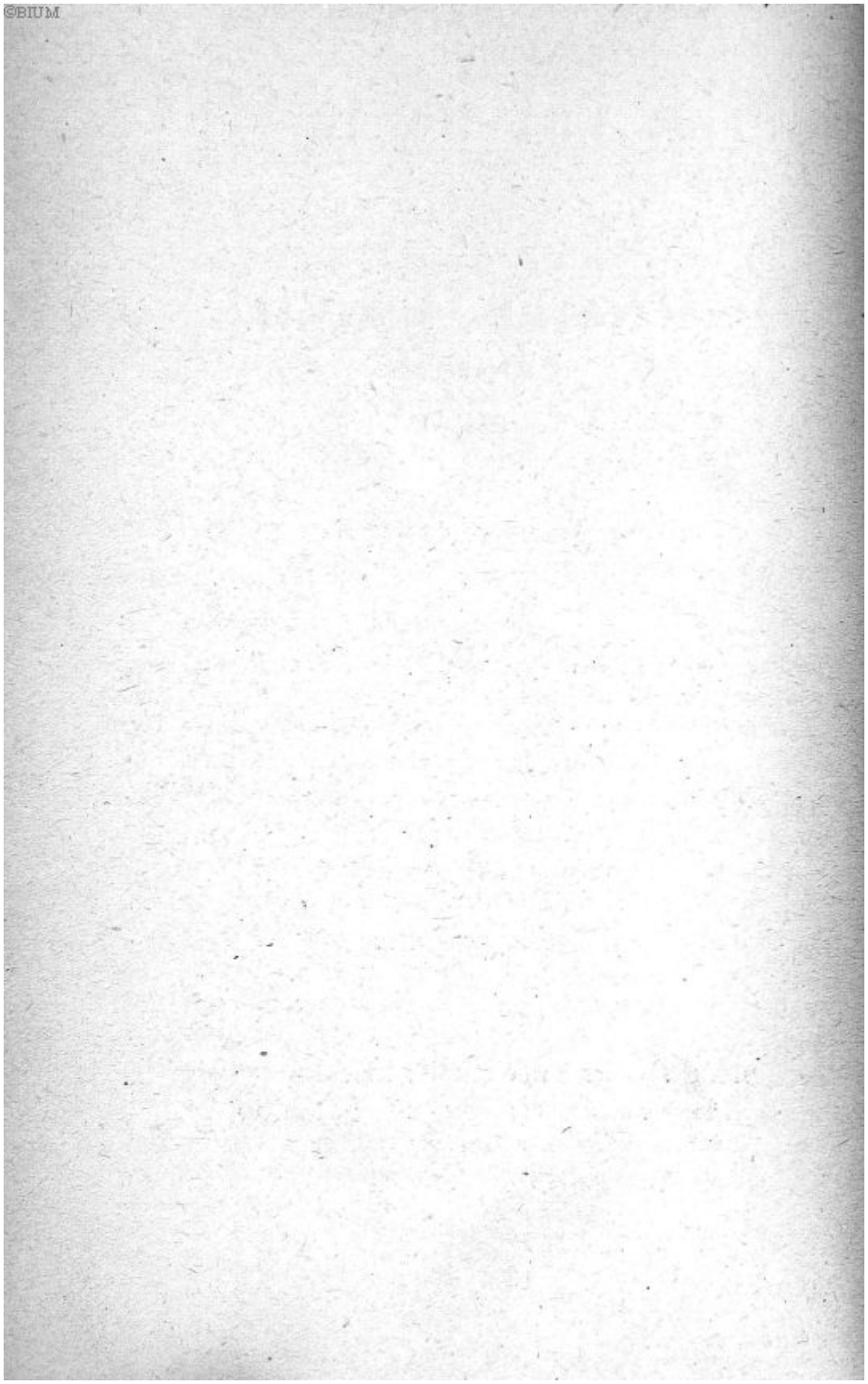
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1919

©BIUM



©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Aliénistes, Neurologistes, et Congrès de médecine mentale.

En prenant possession de la présidence de la Société médico-psychologique, dans la séance du 28 janvier 1918, M. le Dr H. Colin a prononcé, sur les rapports de la psychiatrie et de la neurologie, des paroles qu'il importe de ne pas laisser passer inaperçues, qu'il faut plutôt considérer attentivement et appuyer, pour en tirer de légitimes conséquences.

« On a voulu, a-t-il dit, au cours de ces dernières années, fondre la neurologie dans la psychiatrie. J'ai été un des premiers à souhaiter une union plus intime de ces deux branches de maladies du système nerveux. Malheureusement, à la réflexion, cette fusion ne me paraît pas possible. Ce sont là deux divisions parallèles de la pathologie d'un même système, qui ne peuvent ni se rencontrer ni se confondre (1) »...

(1) *Annales médico-psychologiques*, numéro de mars 1918, p. 274.

©BIUM

Plus d'un, parmi les aliénistes, a partagé les illusions que M. le Dr H. Colin s'était faites ; presque tous, sinon la totalité, partagent aujourd'hui l'opinion qu'il vient d'exprimer. Il faut lui savoir gré d'avoir parlé ; il l'a fait avec une autorité d'autant plus grande qu'à celle de sa valeur professionnelle s'ajoute celle de la fonction dont il a été à bon droit investi.

C'est notamment au sujet des Congrès dans lesquels, depuis plusieurs années, se sont réunis annuellement aliénistes et neurologistes, qu'il convient d'examiner l'intérêt et l'opportunité de ces paroles.

M. le Dr H. Colin a indiqué en quelques mots les raisons principales pour lesquelles il ne peut y avoir de fusion véritable entre la neurologie et la médecine mentale. « Les malades, a-t-il dit, et les méthodes d'observation ne sont pas les mêmes. »

Non certes, les malades ne sont pas les mêmes, ne serait-ce que par ce premier fait que les malades de la neurologie peuvent expressément faire connaître ce qu'ils éprouvent, alors que ceux de la médecine mentale ne le peuvent absolument pas. D'ailleurs tout, dans leur attitude, dans leur manière d'être, dans leurs souffrances même ainsi que dans les moyens de traitement qui leur conviennent, diffère absolument d'un groupe à l'autre.

Si M. le Dr H. Colin avait jugé à propos de s'étendre, il aurait certainement montré que l'examen de tous les éléments de la pathologie générale et spéciale de chaque groupe fait reconnaître entre eux des différences fondamentales, et telles qu'en aucun point on ne peut trouver pour eux les bases d'une fusion quelconque.

Dira-t-on que l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie, ou encore la démence organique, puissent être considérées comme des traits d'union entre la neurologie et les maladies mentales? Dans une certaine mesure, on le peut, sans que, cependant, il soit difficile de faire la part

©BIUM

qui revient, de manière distincte, à une branche pathologique ou à l'autre ; et l'on est plutôt en droit de dire que, sans qu'il y ait fusion, il s'agit d'états connexes, la pathologie mentale s'infiltrant en quelque sorte dans la pathologie nerveuse, au point d'en modifier les allures et les formes, alors que l'inverse ne pourrait se soutenir. Y a-t-il lieu de relever à ce propos cette idée singulière que, par un véritable abus des mots, on a eue d'appeler l'hystérie une maladie mentale? Pur sophisme, qui ne peut qu'obscurcir les notions sur cette maladie.

A quoi donc, jusqu'ici, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique, ont abouti les tentatives de la fusion dont il s'agit?

Si attentivement qu'on y regarde, on ne peut en trouver aucun résultat utile, aucun progrès, si minime qu'il soit. Ni les phénomènes pathologiques des maladies nerveuses n'ont éclairé ceux des maladies mentales, ni ceux-ci n'ont donné aux autres le moindre éclaircissement. Ne faut-il point plutôt constater des résultats fâcheux, et ceux-ci sont assez sensibles dans le domaine des maladies mentales.

Aliénistes ou neurologistes ont voulu, en fait de maladies mentales, procéder, comme on fait en neurologie, par l'examen de phénomènes concrets, alors que dans la neurologie toute la symptomatologie se concentre dans des troubles de la motilité et de la sensibilité et des altérations trophiques ; ils se sont mis à chercher des phénomènes analogues dans les maladies mentales, et l'on a cru les trouver dans l'étude minutieuse, dans ce qu'on serait tenté d'appeler la dissection des idées délirantes, croyant qu'en agissant ainsi on arriverait à mieux connaître les aliénés.

C'est sous l'influence de cette supposition que sont nées les diverses méthodes de ce qu'on a appelé la psy-

©BIUM

cho-analyse, méthodes dont telle ou telle est arrivée à la dernière limite de l'absurdité.

Certes, on ne peut nier que, dans certains cas, il ne soit intéressant de tenir compte des idées dans les maladies mentales. Si je le méconnaissais, je me donnerais à moi-même un démenti, alors que j'ai cru devoir consacrer une étude assez longue à rechercher les restes de la raison dans ces maladies (1). Je méconnaîtrais également qu'il peut être très instructif de relever, au cours de ces maladies, les déviations de phénomènes d'ordre mental, dont la coordination a précisément fourni à Th. Ribot les éléments des études que, sous le nom peut-être impropre de maladies, il a consacrées de manière souvent pénétrante, quelquefois aussi un peu superficielle, aux modifications apparentes de la mémoire, de la volonté et de la personnalité.

Mais, néanmoins, que sont en elles-mêmes les idées dans les maladies mentales en tant que phénomènes caractéristiques? Rien, ou presque rien. Que si, dans certaines de ces maladies, il y a des tendances d'idées dominantes, tels les divers délires de persécution, le délire de négation, les délires mélancoliques, les idées qui résultent de ces délires varient de telle sorte avec chaque individu que leur analyse ne peut rien apprendre ni sur l'essence de la maladie elle-même ni sur les conditions du fonctionnement intellectuel. Elles se bornent à avoir entre elles comme des liens de parenté, et jamais aucune d'elles, en dehors de la tendance dont elle émane, ne forme l'essence de la maladie.

Ce qu'il importe de considérer dans ces maladies mentales, c'est l'état et la forme générale de la maladie. C'est pourquoi, dans le traitement de ces maladies, il n'y a aucun profit, à l'instar de ce qu'on a fait dans des

(1) *La raison dans la folie.* Paris, Doin, 1888.

©BIUM

états purement nerveux, à s'attaquer directement aux idées. Ce qu'on a voulu faire dans ce sens a toujours abouti à des échecs. Il en a été ainsi notamment avec les procédés auxquels, sous diverses formes, on a donné le nom de suggestion. Que ces procédés, dans quelques cas que je crois rares, aient amené de l'amélioration dans des maladies d'ordre neurologique, comme l'hystérie, soit. Mais dans les maladies mentales, on n'en a certainement jamais obtenu aucun profit, parce que là il ne servait à rien de s'attaquer directement aux idées.

Sans nous étendre davantage, et pour rentrer dans notre sujet, nous pouvons donc constater qu'au point de vue scientifique les tentatives de fusion entre les maladies mentales et les maladies nerveuses ne pouvaient produire aucun bon résultat; que plutôt, en faussant les idées sur les maladies mentales et leur nature, elles en ont produit de mauvais.

A ce seul point de vue, la réunion en un seul congrès de ces deux ordres de science ne pouvait servir à rien de bon pour ce qui concerne les maladies mentales. On peut, d'autre part, reconnaître que la réunion qui y a été faite s'est mise à tourner au détriment de ce qui fait le propre de la science et de la pratique des aliénistes.

Les premiers congrès, inaugurés en 1890, et dont je me fais honneur d'avoir été, dès 1888, un des premiers instigateurs (1), furent constitués de manière à ce que, dans chacun d'eux, on mît à l'ordre du jour trois questions intéressant les seuls aliénistes, une de pathologie mentale, une autre relative, soit à la médecine légale des aliénés, soit à la législation qui les concerne; la troisième portant sur l'organisation des asiles et sur le traitement des maladies mentales.

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, 7e série, t. VII, p. 353.

©BIUM

Le champ d'études est assez vaste pour que ce fût tout juste assez de la place ainsi attribuée aux matières des deux derniers groupes. Le programme alors fut bien suivi, et l'on peut voir, d'après les comptes rendus, que les questions mises à l'ordre du jour répondaient bien toutes à leur but. Dans ce temps-là aussi, l'homogénéité des réunions était complète et les discussions ouvertes étaient de nature à intéresser tous les participants.

Au troisième Congrès, une motion fut faite pour ouvrir la porte aux neurologistes. Elle fut rejetée sur l'intervention de M. le professeur Ball, qui fit valoir judicieusement que pour que ces Congrès fussent vraiment utiles, il fallait que les aliénistes fussent seuls à les constituer et y demeurassent entièrement eux-mêmes.

L'année suivante, on revint à la charge et il n'est pas indifférent de rappeler que si la motion réussit alors, c'est qu'elle fut soutenue par un neurologiste qui, à sa grande valeur scientifique, ajoutait le charme de sa parole et les agréments de sa personne. Ce fut, en quelque sorte, plutôt pour faire plaisir à M. le professeur Brissaud que par croyance à l'utilité de la réunion, que la décision fut prise.

Il fallait donc faire place au moins à une question de neurologie dans les ordres du jour. On décida de réduire à deux les rapports relatifs aux aliénistes, les neurologistes présenteraient le troisième. La question de pathologie mentale garda sa place entière, mais les autres matières, qui cependant n'avaient pas déjà trop de place pour évoluer, furent réduites à la portion congrue.

Dans les premiers des Congrès mixtes, les neurologistes vinrent peu nombreux et montrèrent peu d'activité. Il advint même que tel de leurs rapporteurs se déroba entièrement à la tâche qu'il avait assumée ou

©BIUM

que d'autres présentèrent des rapports si succincts qu'il fallut y suppléer séance tenante.

Mais plus tard il en fut autrement, et l'on put constater qu'avec le temps les neurologistes ont paru tendre sinon à évincer complètement les aliénistes, du moins à empiéter sur le terrain qui leur appartient.

Les programmes des neuf derniers Congrès montrent, en effet, que onze questions de neurologie pure, au lieu de neuf, et deux autres appartenant plus à la neurologie qu'aux maladies mentales, y ont figuré et que même, à l'un des Congrès, celui de 1910, les maladies mentales ne purent que montrer humblement le bout de l'oreille, tout l'honneur des programmes étant réservé aux neurologistes.

Pendant ce temps, les questions de traitement des maladies mentales furent absolument omises; car on ne peut guère faire rentrer dans ce cadre un rapport sur les indications opératoires chez les aliénés. Il en fut de même de ce qui regarde la législation sur les aliénés, et cela était d'autant plus regrettable que dans cette période les pouvoirs législatifs élaboraient des projets de lois néfastes qui, par bonheur, en raison des événements, ont, pour le moment du moins, entièrement disparu de leurs ordres du jour. La médecine légale des aliénés ne fut que deux fois examinée, et encore, dans l'une d'elles, il s'agissait d'une de ces discussions purement théoriques, portant sur des mots plus que sur des choses, qui, malgré les brillants discours auxquels elles donnèrent lieu, n'étaient d'aucune utilité pratique. Les questions d'assistance n'y paraissent également que deux fois.

On ne doit pas disconvenir que sur ces diverses matières il y eut des communications particulières. Mais, au point de vue des intérêts généraux que peuvent, comme influence et comme résultat, être des communi-

©BIUM

cations particulières comparativement aux questions qui, mises officiellement à l'ordre du jour, prennent par cela même plus d'ampleur et d'autorité.

Bref, les Congrès des aliénistes tendent à s'écarter de leurs objets principaux et des règles de leur constitution ; et cette déviation, sans aucun profit pour la science des maladies mentales, semble devoir être toute au détriment de cette science et des aliénistes.

Faut-il constater encore, et il n'est pas indifférent de le faire, que les aliénistes n'y sont plus, en quelque sorte, en famille ; que leurs réunions n'ont plus l'intimité, la cohésion qui faisaient le charme des premiers Congrès, où tout le monde se connaissait, avait les mêmes objectifs médicaux, et où, d'une année sur l'autre, on prenait plaisir à reprendre contact avec ceux qu'on avait déjà vus. Qui sait si cette perte de l'intimité et de la cohésion primitive n'ont pas contribué à faire perdre aux aliénistes l'homogénéité de leur culture scientifique, en en portant quelques-uns à subir déplorablement les influences de la fausse science allemande et à oublier, avec les traditions de la médecine mentale française, les noms et la valeur de ceux qui l'avaient constituée.

Dans ces conditions, que convient-il de faire? La réponse se fait d'elle-même. Il faut se rappeler la parole de Ball et redevenir soi-même.

Certes, il ne se trouvera pas un aliéniste que puisse même effleurer la pensée de méconnaître la valeur de la science neurologique et de faire fi d'elle ou de ceux, dont il y en a de très éminents, qui s'y consacrent. Cette science a fait de nos jours des progrès merveilleux qui sont l'honneur de ceux qui les ont réalisés. Cela n'empêche pas que l'objet de leur science est tout autre que celui de la science des aliénistes : que s'il y a des points de contact entre l'une et l'autre, leur fusion

©BIUM

n'est ni rationnelle, ni possible, et que, par conséquent, il est de l'intérêt commun de ne pas continuer des errements qui ne profitent ni aux uns ni aux autres. Il faut que les Congrès de médecine mentale ne soient alimentés que par des aliénistes et ne s'occupent que de questions propres aux aliénistes. Les neurologistes ont d'ailleurs montré, dans nos derniers Congrès, qu'ils avaient des éléments assez importants pour réaliser de leur côté une autonomie complète où ils pourraient à l'aise se consacrer aux progrès de leur propre science.

Il faut donc, à tous points de vue, faire grand cas des paroles de M. le Dr H. Colin, et, en ce qui concerne les Congrès, revenir à ce qu'ils étaient à leur origine, leur rendre les mêmes allures et la même constitution et faire qu'ils ne soient strictement que des CONGRÈS DE MÉDECINE MENTALE.

A la suite des grands événements qui se passent, après la victoire qui a couronné les efforts des Alliés et le triomphe de la France, tout se réorganisera. Nos Congrès devront eux aussi le faire.

Que ceux qui, maintenant, sont les Maîtres dans notre spécialité se mettent à la tête d'un mouvement dans ce sens et en déterminent la réalisation. Ils feront œuvre utile qui sera toute à leur honneur. Il est à espérer d'ailleurs que la Société médico-psychologique, qui tient parmi les aliénistes une place si haute et si pleine d'autorité, qui a contribué pour une bonne part à la création des Congrès, donnant une consécration pratique aux paroles de son éminent président, aura à cœur de promouvoir cette rénovation et ajoutera ainsi un service de plus à ceux qu'elle a rendus déjà à la science et la pratique des maladies mentales !

VICTOR PARANT père.

©BIUM

Pathologie

SUR L'ÉTAT DE CONSCIENCE
PENDANT LA STUPEUR
ET SUR
LES PSYCHOMÉCANISMES DU DÉLIRE DE NÉGATION DE COTARD

Par le Dr Auguste WIMMER
Médecin directeur de l'hôpital Saint-Jean de Copenhague.

Des trois observations qui font l'objet de cette étude, la première contribuera à élargir nos connaissances, imparfaites encore, sur l'état de conscience pendant la stupeur, en démontrant une discordance frappante entre la vie riche des idées et l'inhibition psychomotrice massive, accompagnée de mutisme, etc. Cette observation, aussi bien que les deux qui la suivent, nous renseignera en outre sur les divers psychomécanismes du *délire de négation* de *Cotard*.

La première malade considérée, je ne la connais que par les notes prises pendant son séjour à l'hôpital Saint-Jean du 12 juin 1901 au 25 mars 1903, et, spécialement, par son autobiographie pathologique qui a été mise à ma disposition en 1916.

Obs. I. — Célibataire âgée de trente-trois ans. Mère aliénée; une sœur a été traitée ici (folie maniaque dépressive); un frère s'est suicidé. La malade a eu la chorée pendant son enfance; pas d'autres maladies somatiques; pas d'accidents hystériques

©BIUM

manifestes. Intelligente, active, habile, religieuse, versée dans la littérature, d'une disposition légèrement hypomaniaque. En 1893, à Paris, elle soignait un enfant imbécile; elle devint triste, fut prise de nostalgie; doutes religieux ; auto-accusations analogues à celles qui caractérisèrent l'accès de folie subséquent. Elle guérit. Au commencement de 1900, elle s'éprit d'un médecin; ensuite : dépression, amaigrissement, insomnie. La dépression s'aggrava; sentiment d'insuffisance, d'incertitude; manque de contrôle des pensées. Longues discussions sur son amour, sur des problèmes religieux; auto-accusations de mensonge. « Tout tournoyait dans sa tête ; elle n'arrivait pas à rassembler ses idées. » Pendant un certain temps, il y eut de l'aphonie. Elle parlait volontiers de sujets religieux, de ses amourettes; elle pleurait... n'arrivait pas à se comprendre; les auto-accusations reprenaient; « elle avait menti, trompé tout le monde, avait été déloyale, peu sincère, avait rompu le pacte avec Dieu ».

A son entrée à l'hôpital Saint-Jean, elle répondit avec animation aux questions qui lui furent adressées, donna des renseignements anamnestiques abondants, rayonna de joie en parlant du Dr X... ; mais ajouta aussitôt : « Je suis un démon, le plus grand après Satan; j'ai blasphémé; je faisais un dieu du Dr X... et c'est pourquoi je vais être punie. » C'est à cause d'elle que toute sa famille souffre; ils finiront peut-être tous par perdre la raison; sa mère est morte sans doute du chagrin qu'elle lui a causé. Elle a des larmes aux yeux : « De l'eau plutôt, pas de vraies larmes ; j'ai perdu toute sensibilité; il ne me reste que la connaissance intellectuelle des choses ». Son état est un châtiment; elle est punie d'avoir toujours voulu être la première et faire l'objet de leur admiration. Son état est pour ainsi dire un avant-goût de l'enfer éternel qui l'attend. L'heure de l'expiation doit être proche; on va certainement lui couper la tête. Elle a bien mérité les peines les plus dures, est galérienne plutôt que malade; il y a des périodes où elle ne profère que des mensonges, etc. Elle n'est pas sujette aux hallucinations auditives, mais de temps en temps elle voit des « têtes de diables », les figures de ses proches, etc. Sensation de globulus nettement caractérisée; pas d'ovarie, ni de troubles de la sensibilité. Etat de nutrition bon.

Pendant les mois qui suivirent, la malade était constamment déprimée, angoissée, sans repos, gémissant sur sa méchanceté; ou bien elle se détournait, restait muette, se bouchant les oreilles

©BIUM

ou agenouillée par terre, implorant le pardon de ses fautes. On devait la nourrir de force. Une seule fois la malade a gâté dans son lit.

A partir d'octobre 1901, elle devint de plus en plus inaccessible, toujours tournée du côté du mur, mutisme ; refus de se nourrir ; refus de voir son beau-frère qui était venu demander de ses nouvelles ; c'est tout juste si elle consentit à regarder sa sœur ; une amie n'obtint ni un mot ni un regard. Refusa de lire des lettres de Noël de sa famille ; les déchira, aussi bien qu'un portrait de sa sœur.

Au cours de l'été 1902, on la fit lever pour la faire descendre au jardin. En y allant, elle ne regarda pas du tout autour d'elle et, une fois là, elle resta blottie sur un banc, muette, ne réagissant point ; ou bien elle errait, cherchant des coins où se cacher, se refusant obstinément à recevoir les personnes qui venaient pour la voir. D'autres jours, elle restait couchée, sur le ventre, paraissait inquiète, anxieuse. Elle dormait mal. La nouvelle de la mort de sa sœur la laissa apparemment indifférente.

Dans quelques circonstances, il lui arriva de mettre plus de violence dans ses refus, de montrer de la colère, de sauter soudain du lit, d'éclater de rire, etc.

Le 16 novembre 1901, la feuille d'observation porte : Courait en pleurant dans le jardin : « le manteau l'éveilla de sa torpeur ; il lui rendit le bonheur » (on lui avait fait faire un manteau avec ceux de sa mère et de sa sœur qui venait de mourir, voir plus loin). A partir de ce moment elle devient communicative, mais s'exprime en vers, radote de post-images, de psychologie du Dr X..., etc.

Les mois qui suivirent furent caractérisés par un *état d'extase* : la nuit, elle parlait souvent de Dieu ; le jour, elle était très loquace, s'exprimant en vers, en style soutenu ; chantait, prêchait, remplissait des feuilles entières de spéculations transcendantales sur la vie et sur des sujets religieux ; était d'une activité extraordinaire : « Je travaille, combats, lutte, aime, hais, ai du chagrin. » Elle était un peu érotomane, s'éprit du chef de clinique, broda sur un ruban les noms des hommes (« il y en avait bien une cinquantaine ») qu'elle aimait « d'amour, d'amitié, de charité, de compassion ». Sur divers bouts de papier elle écrivit sa « vie ». Il fallait tantôt l'alimenter à la sonde, tantôt lui donner à manger, soit parce qu'elle refusait catégoriquement de prendre de la nourriture (« c'est l'esprit seul qu'il

©BIUM

faut nourrir »), soit parce que « pour des raisons rituelles » elle ne voulait que du vin de messe, de l'hostie, du pain bénit et du thé de camomille froid, soit encore parce qu'elle ne pouvait pas se donner le temps de manger. Elle reconnaissait les objets et les gens qui l'entouraient et *elle savait tout ce qui s'était passé autour d'elle pendant son état de stupeur*. Elle assista aux fêtes avec une joie calme; mais d'ordinaire, jusqu'en 1903, elle s'adonna à ses multiples occupations avec un entrain un peu fiévreux, écrivant sans cesse, fabriquant une infinité de petits ouvrages où elle brodait des signes et des lettres, confectionnant toute une correspondance à l'aiguille; — la correspondance par écrit lui avait été interdite, ses lettres, d'une écriture serrée, ayant fini par remplir de grandes feuilles in-folio; elle y traitait toutes sortes de matières transcendantes mal comprises. En même temps elle s'amourachait avec une exaltation teintée de religiosité, tantôt de l'un, tantôt d'un autre des jeunes médecins de l'hôpital. L'état d'âme dominant était plutôt celui de l'extase; ce qui cependant ne l'empêchait pas de pleurer par moment sur sa « petitesse ».

Le 25 mars 1903, la malade quitta l'hôpital, sur le désir de sa famille. Son poids, qui avait beaucoup diminué vers la fin de l'année 1902, venait d'augmenter, sans atteindre toutefois le chiffre de la pesée d'entrée. D'après la feuille d'observation, les menstrues sont survenues régulièrement à plusieurs reprises.

Après sa sortie de l'hôpital, l'état de félicité extatique s'est prolongé, à ce qu'il paraît, pendant quelques mois. Notre malade s'intéressa aux questions sociales et religieuses, s'occupa d'œuvres de philanthropie et, au bout d'un an, elle put reprendre le poste, lourd de responsabilité, qu'elle avait occupé dans un bureau; elle l'occupe encore aujourd'hui. Son entourage en parle comme d'une personne absolument normale, se dévouant seulement avec un zèle peut-être un peu exagéré aux œuvres religieuses et sociales. Quoi qu'il en soit, toujours est-il qu'il n'y a plus eu d'accès de psychose prononcée.

L'autobiographie pathologique, rédigée par le sujet en 1912, témoigne d'une entière compréhension de sa maladie, d'un raisonnement vif, intelligent; elle est exempte de traits schisophrènes. C'est un exposé assez détaillé, entremêlé par endroits de considérations d'ordre religieux ou psychologique sur les maladies mentales, etc., qui n'intéressent pas la présente étude. Il fournit une explication extrêmement simple de la conduite de notre malade pendant son séjour à l'hôpital.

©BIUM

Sur *le temps qui précéda son entrée à l'hôpital* il y est dit : « Par suite d'un surmenage radical j'étais assaillie par une foule d'idées obsédantes qui toutes aboutissaient à la *condamnation de mon être tout entier et de toute ma vie passée*, me faisant voir mes défauts comme à travers un verre grossissant. En même temps je me sentais soupçonnée d'avoir commis les actions et les pensées les plus basses, les plus méprisables, et même des crimes ; déjà à cette époque *je me sentais par instants* criminelle, digne objet de mon propre dégoût et de celui des autres, le rebut du genre humain. Vers ce moment il se produisit *une détente dans mes sentiments* à l'égard de tous ceux qui, jusqu'alors, m'avaient été chers. Je me sentais *angoissée* et inquiète... ; depuis quelque temps j'avais déjà cessé d'avoir recours à Dieu. *Mes sens, et notamment la vision, ne fonctionnaient plus comme par le passé.* La perspective des paysages me paraissait souvent tout à fait faussée ; *c'était comme si les objets se rangeaient tous sur un même plan*, apparaissant avec *une netteté* de contours et de couleurs qui m'épouvantait et qui prêtait aux choses *une apparence d'enfer.* » Dans un bal qu'on donnait, la musique lui suggère également l'idée d'une géhenne. Les hommes sont « *de taille invraisemblable* ». Les maisons lui semblent *déjetées et branlantes.* Elle voit ses parents *sous l'aspect qu'ils avaient quand elle était enfant.* C'est pourquoi *elle commence à douter de l'identité du temps.* « Le passé était le présent, et le présent était le passé ; je ne savais plus où j'en étais ! »

Les fleurs prennent des *couleurs magnifiques* qu'elle ne leur connaissait pas, des formes à ce point parfaites qu'elle se demande si elles ne seraient pas artificielles ; il en est de même du ciel, des maisons, etc. Ceci la « remplit d'horreur » et *lui donne, par moment, l'idée qu'elle se trouve à l'étranger, dans le Midi*, tout en sachant que « nominalement » elle est en Danemark. Elle commence à avoir des *doutes sur l'identité des lieux.* Aarhus, au fond, n'est-ce pas Bruxelles? Et Bruxelles, lorsqu'elle y fit un séjour, est-ce à Aarhus qu'elle était en réalité ?

Sur le vapeur qui la transporta en Séeland elle s'effraye de ne voir à bord du bateau que son frère K... et le garçon qui les servait ; elle a *le sentiment d'être la seule personne existant au monde*, se disant que l'univers entier est un décor mis en scène à son intention, et son désespoir est sans bornes de ce *trompe-l'œil de l'existence* où elle se trouve impliquée sans savoir comment. De la voiture qui la mène à l'hôpital, elle voit des « gens portant des costumes du commencement du XIX^e^ siècle » ;

©BIUM

elle reconnaît, dans les pavillons de l'hôpital des établissements scolaires américains (vues de cartes postales) ; dans le Casino, l'hôpital municipal de Copenhague ; « les décors et les coulisses étaient en partie les mêmes, et cependant c'était un établissement bien différent, constitué par des millions insoupçonnés de pavillons et de murs aux portes gigantesques avec une infinité de couloirs en labyrinthe ». La directrice de service, qui lui avait d'abord paru « gentille », est « reconnue » tout à coup comme une amie d'enfance ; dans un portemanteau, elle reconnaît celui du presbytère de son enfance mais avec « des proportions énormes ». Son frère, au moment de prendre congé d'elle, lui semble soudain *drôlement aplati* comme s'il n'était qu'en papier. Parmi ses camarades de chambre, elle « reconnaît » sa sœur, « placée là afin de prouver que la malade l'avait tué ! » Elle croit remarquer qu'il y a du feu sous son lit, mais elle ne le voit pas ; elle sent « qu'il lui brûle la peau » ; elle souffre d'une soif brûlante, mais n'en parle que parce que c'est une punition qui lui a été infligée.

La *visite* lui est en horreur. Son « apparition humiliante, affreuse » lui est extrêmement pénible et, d'autre part, les « remarques insignifiantes, incongrues » des médecins l'agacent.

Le jardin qu'elle voit de ses fenêtres est bien le jardin de son enfance, mais « ensorcelé, effrayant : il l'épouvante par sa beauté diabolique, l'éclat infernal de ses couleurs ». Transportée dans la salle de surveillance, elle reconnaît dans les malades des gens qu'elle a vus déjà dans un hospice d'imbéciles visité par elle ; l'une des infirmières, c'est une garde accoucheuse qu'elle a connue enfant ; une autre, c'est une camarade de jeu, M^lle^ N...

En même temps elle est dominée par l'idée d'être indésirable à tous égards. La conversation venant à rouler sur le meurtre d'un peintre américain, elle sent qu'on la suspecte, car « elle venait justement d'Amérique où, chez son frère, elle avait rencontré plusieurs peintres ! » Elle voit partout des allusions malicieuses, le beurre des tartines forme des figures de diablotines ; un certain effet de lumière fait apparaître les mêmes figures sur les rideaux et sur la couverture du lit.

En même temps, *tout ce qui se rattache à son existence antérieure tend à s'effacer ;* elle comprend que jusqu'ici elle a vécu d'illusions : « *Aucun de ceux que j'avais connus et aimés n'avait en réalité jamais existé.* J'avais seulement *cru* les voir, j'avais

©BIUM

cru les connaître.... *Ainsi s'évanouit le dernier reste de ma personnalité.* »

Elle passe à *l'état de stupeur*. Elle se considère comme une déclassée, une vermine infecte, un démon ; elle est seule à seule avec son Moi repoussant, Dieu n'existe plus, ni les hommes ; *tout* a été produit artificiellement, jusqu'à la lune, aux étoiles, jusqu'aux oiseaux. Elle examine ses mains pour voir si elles ne sont pas de caoutchouc. « Elle était une momie encore vivante, hélas ! vivante à tout jamais. » Elle était l'homme primitif, fait pour la bonté, pour la beauté, comme tout le genre humain. Mais par suite d'une erreur quelconque commise à l'aube des temps, elle était devenue méchante, hideuse, et, par suite, tout ce qu'il y avait de bien, de beau s'était éteint en *tous*. Elle se sentait éternelle, éternelle, comprenait qu'elle *ne pouvait pas mourir*. Les jours « s'envolaient comme s'ils n'étaient que de deux ou trois heures »; elle s'imaginait que peut-être la terre tournait plus vite. Au bout de quelque temps ni « les morts » (les malades) ni « les vivants » (les infirmières et les médecins) n'existent plus ; ils ne sont que « d'excellentes figures de cire à la Cuppelia », mus par des mécanismes ingénieux et dont le parler, le rire, les pleurs sont également artificiels. *Son entourage se présente sous des aspects variés* : Une infirmière prend tantôt la forme d'une « poupée caoutchoutée », grosse et bouffie, tantôt elle est toute mince, dégonflée; les malades apparaissent le plus souvent sous des formes aplaties, comme des poupées de papier. La directrice était tantôt démesurément grande, tantôt de taille ordinaire; tantôt elle portait un vêtement moderne, tantôt une toilette Empire; le docteur M... est tantôt Dickens, tantôt l'acteur Emile Poulsen, tantôt le père de la malade, rajeuni de plusieurs années. Sa tête est parfois aussi grande que le reste du corps, etc...

Dans la cour, elle voit des palais qui vont s'écrouler ; *toutes les lignes vont en biais* ; les arbres sont « d'origine exotique, des fantômes d'arbres », les « crêtes des poules d'un rouge éclatant ». Dans le buste de Claude Rosset, elle reconnaît les traits de Voltaire ; elle se trouvait donc dans un milieu où la malice était de règle, dont le maître était ou Satan en personne ou l'un de ses suppôts. Elle craint toujours que le plancher ne cède sous ses pieds et qu'elle ne tombe dans l'abîme infernal ; le chauffe-bain devient à ses yeux le feu de l'enfer, un bahut ordinaire est un cercueil. « Aurais-je donc tué quelqu'un que j'aurais enterré en secret ? »

©BIUM

Un jour, la grande soif qui la tourmentait pendant son état de stupeur lui arrache la demande à peine perceptible d'un peu d'eau. La demande passe inaperçue « et, du coup, c'était moi le riche en enfer, suppliant en vain Abraham de le désaltérer. Entre moi et le riche, il n'y avait pas seulement ressemblance, il y avait identité ». Et elle garda cette conviction intime pendant quelques jours.

Un autre jour, elle s'empara en cachette d'un verre d'eau ; mais au moment où elle allait le porter à ses lèvres, elle voit que l'eau s'est changée en une mare infecte, visqueuse, répugnante ; elle renverse le verre : « pas une seule goutte d'eau n'en coule ». Une jeune fille de service entrant à ce moment, elle tient le verre sur l'évier « et alors l'eau s'écoula ».

La musique d'orgue de l'église située à l'étage au-dessus est effroyablement fausse, les chants religieux étaient des contrefaçons, des parodies de cantiques, cette musique la convainc qu'elle se trouve couchée dans une crypte ; *c'est pour elle la preuve directe qu'elle est morte, ainsi que tout le monde.* Cette idée est toujours accompagnée d'une détestable *odeur de cadavre.* Pendant un certain temps, elle entend des voix à l'étage au-dessous (aux cuisines) et qu'elle croit venir de l'enfer. Un jour, une des malades lui dit : « Vous vous étonnez qu'ici tout se rapporte à votre enfance ? Vous avez voulu prendre le mari de votre sœur ! » La même malade « énumère toute une série d'incidents de sa vie passée ».

Son attitude passive ayant eu pour effet d'éloigner de son lit la visite des médecins, elle se ménage, par curiosité, un trou par lequel elle regarde les médecins, à distance.

Pendant ses *promenades dans le jardin*, il lui arrive des choses extraordinaires : « Le jardin est un jardin enchanté, un beau décor de théâtre », la lumière du soleil est « intense et artificielle », le sol est « désespérément caillouteux », les feuilles des arbres sont « rongées des vers », un tas de bois doit être son bûcher. Sous son chapeau aux larges bords, elle incline la tête très bas et s'efforce énergiquement de se cacher, se sentant être un « épouvantail au dehors, un monstre au dedans » « Je restai muette, tenant tout le monde à distance, mais mon cœur avait soif de tendresse — ou du moins, de pitié. Je ne croyais plus en Dieu et ne savais plus que croire des hommes, n'espérant plus rien, me cramponnant à l'état présent, comme étant, au bout du compte, meilleur que celui qui m'attendait. Et l'amour du prochain, comment aurais-je pu l'éprouver? Il

©BIUM

n'y avait personne à aimer — *il n'y avait plus personne au monde* — en tout cas personne dont j'eusse charge. »

Ses *rapports avec ses parents* s'expliquent si l'on considère les illusions visuelles auxquelles elle était sujette et les idées qui s'y rattachaient sur les vaines apparences des choses : Son frère, à ses yeux, n'est qu'une « enveloppe à tête d'homme, mais qui présente pourtant des traits de tigre » ; sa sœur est une « figure de cire extrêmement réussie ». C'en est trop pour la malade, elle se détourne ; mais comme sa sœur s'en va, elle la regarde et alors elle voit de grosses larmes « fort bien imitées », couler de ses yeux bleus d'automate et c'est à peine si elle peut « *s'empêcher de rire* ». Pendant d'autres visites, elle a des illusions analogues : elle admire la voix « fort bien contrefaite » de son amie, *se tord de rire* en voyant son chapeau à la salutiste et les dimensions étonnantes qu'il prend au moment où elle franchit le seuil (1). A un goûter, le pain lui apparaît tout à coup « comme une attrape », il lui semble assister à une « parodie tragi-comique » et elle éclate d'un rire nerveux. A d'autres moments, la « comédie » l'agace. « Que me voulaient-elles toutes ces figures ? Pourquoi me tourmenter davantage à les regarder ? » Elle frissonne à la vue de l'arbre de Noël, s'enfonce sous les couvertures de son lit, se sent un autre Méphisto devant la Croix. Elle repousse la lettre de Noël de sa sœur S... (avec le portrait de la sœur et des vers de cantiques) ; elle la déchire, sachant qu'elle vient d'une « poupée de cire ». Les roses que lui avait envoyées sa mère, c'est tout juste si elle les regarde ; leur vue ne lui cause pas d'émotion : « Tout cela n'était que mensonges, qu'apparences truquées ! » Quant aux *souvenirs de sa mère, autrefois tellement chérie, ils n'éveillent plus en elle que des sentiments douloureux et elle s'efforce de les écarter*. La mort de sa sœur, en août 1902, ne l'impressionne aucunement, car « la mort n'est qu'un mot — qu'est-ce que la vie, qu'est-ce que la mort ? »

Au printemps de 1902, il y a eu, apparemment pendant quelques semaines, *un fourmillement d'idées plus expansif*. Elle voit des séries de figures charnues dans la manière des Rubens les plus massifs, elle « vit » en imagination toutes sortes de « romans » se déroulant dans des paysages ravissants où il y

(1) Les illusions optiques et, d'une façon générale, les déformations d'impressions extérieures semblent s'être produites de préférence quand les objets perdus se trouvaient à l'autre bout de la chambre, ou bien quand ils s'éloignaient de notre malade.

©BIUM

a des châteaux merveilleux, des jeunes filles délicieuses, des équipages, du velours, des soieries, des dentelles, des chevaliers aux plumes flottantes, des mers bleuissantes, etc., et toute une série de *souvenirs d'enfance concrets*, où les éléments visuels et auditifs sont d'une netteté remarquable, sauf que les costumes datent d'une époque *antérieure* à sa naissance (voir plus loin). Dans ce milieu vient se placer une scène de la maison paternelle : un gardeur de bétail pitoyablement vêtu entre au moment où la famille se trouve attablée devant un somptueux repas. A ce sujet, des réflexions sur les disproportions sociales, sur le péché monstre qui en est la cause, et sur la responsabilité des chrétiens en cette affaire; des vues socialistes, etc. Puis, passage assez brusque à la passivité et l'idée d'être seule responsable du péché collectif, de la transformation du genre humain en bête féroce. Un peu plus tard, elle rêve d'un hospice pour les existences avariées. En même temps, elle élabore mentalement tout un système permettant d'apprendre à jouer du piano sans notation musicale (!!).

La cessation de l'état de stupeur s'est produite, à ce qu'il paraît, d'une façon assez soudaine le 16 novembre 1901 : on lui mit un manteau fait avec ceux de sa mère et de sa sœur défunte. Ceci lui cause une violente émotion, accompagnée d'une *foule de souvenirs*, de larmes, d'une sensation d'être « une pierre qui fond », de douceur, de repentir, elle se repent de s'être laissé transformer en un monstre. Elle ne cesse de sangloter : « Ce n'est pas par ma faute que j'ai été comme cela; la chose n'a pu que provenir d'une confusion. » Dans le jardin, maintenant, elle lève la tête, elle voit luire le soleil et sent « le nom de Dieu » renaître en elle, sent que Dieu existe, qu'il veut son bien et celui de chacun, — tout en pleurant abondamment.

A partir de ce moment, son état d'âme semble avoir le caractère *extatique* : elle « repose dans l'amour de Dieu, se trouve sur la terre nouvelle où elle doit aider Dieu et le Christ à sauver les hommes et les rendre bons et beaux et les réjouir ». Par moments, son bonheur l'accable; c'est « comme si elle était ravie au septième ciel ». Ses pensées roulent sur « l'existence universelle »; tout en écrivant, brodant, parlant, elle fera lever l'anathème prononcé sur telle ou telle personne, etc.; elle s'adonne à des idées philanthropiques et socialistes (voir plus haut). « Tout rayonne », les figures des gens qui l'entourent, l'hôpital, etc., sont pour elle des proto-

CBIUM

types de l' « Idéal », etc. Ses pensées ne vont pas en premier lieu à sa mère, à sa sœur; *son idée de l'irréalité de l'existence persiste.* Le tout est un « théâtre »; elle-même, et sa mère et sa sœur sont transportées dans l'Eternité, etc. Elle est sous une impression continuelle *que le temps n'a pas d'identité.* C'est comme si avec la directrice de service elle se reportait d'un ou de deux milliers d'années en arrière. Les « figures blêmes » des malades lui suggèrent une sensation intense de se trouver dans le « royaume des morts » et d'être spécialement élue pour faire connaître Dieu aux hommes. Elle sait qu'elle est « âgée de milliers d'années », qu'elle représente en quelque sorte « la vieille Terre » qui vient d'être épuisée dans les flammes du purgatoire. Elle est responsable du règne qui va prendre possession de la Terre, de la suppression des différences entre les riches et les pauvres, les gens roturiers et bien nés, laids et beaux, heureux et malheureux, elle est un nouvel Adam. Les cantiques qu'on chante à l'église sont devenus harmonieux; ils la remplissent de recueillement, d'une paix et d'une joie surnaturelles, d'une douce ivresse.

Elle est « disposée à s'énamourer de n'importe qui », voit dans le chef de clinique une sorte de médiateur entre Dieu et les hommes, une figure légendaire, un Lohengrin ou quelque chose d'approchant. Quant au médecin directeur, elle l'appelle du nom de Zeus, à part elle.

Son *refus de se nourrir* pendant cette période est motivé par cette considération que sur la Terre nouvelle on doit apprendre à se priver de toute nourriture, sauf la spirituelle; elle donnera l'exemple. L'alimentation à la sonde la remplit d'une « joie de martyre », tout en lui étant physiquement très pénible.

Ses broderies faites dans un genre très fantasque et baroque avec de la laine, du coton de différentes couleurs, ses coupures de périodiques illustrés, etc., avaient à ses yeux une signification mystiquement rédemptrice : « Celui dont le nom se trouvait sur les broderies était sauvé. » Aussi fut-elle déçue de l'indifférence, parfois ironique, avec laquelle on les recevait.

Les pages de l'autobiographie qui ont trait à la fin du séjour à l'hôpital et aux premiers mois qui suivirent la sortie sont d'un intérêt bien moindre, ne présentant pas de traits nettement caractérisés; elles contiennent surtout des considérations d'ordre religieux et social. Ce n'est qu'au cours de l'été 1904 que l'état d'extase paraît avoir pris fin définitivement,

©BIUM

et, en même temps, l'idée, plus passagère, d'être une incarnation de « l'homme primitif », etc.

Le journal porte l'annotation : *Paranoïa*. Point n'est besoin de démontrer qu'au sens actuel de ce mot le diagnostic n'est pas soutenable. Trois diagnostics sont seuls possibles : démence précoce (schizophrénie), folie maniaco-dépressive, aliénation psychogène.

Le journal ne mentionne aucun des syndromes qui peuvent toujours avec quelque vraisemblance s'interpréter dans le sens de la démence précoce : négativisme proprement dit, rigidité musculaire, catalepsie, stéréotypie d'attitudes ou de mouvements, phénomènes de barrage, etc. La forme sous laquelle se manifestait l'état de stupeur ici considéré : l'isolement volontaire (les « maussaderies ») de la malade, ses accès de mutisme, sa froideur (son « insensibilité ») pour les siens, son refus obstiné de prendre de la nourriture, etc., s'expliquent suffisamment par les idées dépressives et les troubles de perception décrits dans son autobiographie, où font défaut — notons-le par la même occasion — les troubles conscientiels qu'on est d'accord pour regarder comme plus ou moins typiques de la schizophrénie : barrage ou évanouissement des idées, rêverie forcée. Une seule fois, on lit au sujet de ses illusions visuelles que « par moments elles me donnent la sensation d'être sous l'influence de forces naturelles inconnues provenant de l'atmosphère ou de la lumière » ; mais c'est bien là tout ce qu'on pourrait relever en fait d'idées erronées relatives à l'ordre physique, comme aussi, d'une façon générale, l'état de conscience de notre malade n'apparaît point comme caractérisé par des traits paranoïdes. Ses raisonnements, ses troubles de perception, son attitude vis-à-vis de son entourage, tout s'explique si nous tenons compte de ses idées dépressives, de l'inhibition, etc. (Voir plus loin.)

©BIUM

L'anamnèse, l'état de conscience considéré dans son ensemble, le dénouement par l'exaltation, la terminaison qui a permis au sujet de reprendre et de continuer jusqu'à ce jour sa vie, et même son travail d'avant la maladie, ce sont autant de faits qui plaident en faveur du diagnostic de *psychose maniaco-dépressive*; la stupeur qui la paralysait serait donc une *stupeur dépressive*. A côté de ce diagnostic, le seul qui se laisse encore soutenir serait celui d'une psychose psychogène; l'attaque de 1893 était dû à des causes extérieures nettement indiquées; l'autobiographie fait allusion, à mots couverts, à un trauma psychique probablement d'origine érotique qui aurait précédé la deuxième attaque et le passage de la stupeur à l'exaltation, qui se produit à la suite d'un nouveau trauma psychique, est singulièrement brusque et, surtout, son effet s'est montré durable à un point rarement observé dans la psychose maniaco-dépressive. Le *genre* du trouble psychique ne contredit pas le diagnostic d'affection mentale psychogène et certains accidents particuliers (voir plus loin) militeraient plutôt en sa faveur. Une discussion plus approfondie de ces diagnostics n'aurait guère de chances d'aboutir, vu la description défectueuse du cas que nous fournit le journal. Le seul point que nous puissions probablement regarder comme acquis, c'est que, dans le cas considéré, nous nous trouvons en présence d'une affection psychique d'ordre *fonctionnel* et non pas d'une maladie rentrant dans le groupe des schizophrénies.

Les radicaux psycho-pathologiques du cas en question sont la *dépression morale* et l'*inhibition psychomotrice* portée au plus haut degré.

Les *auto-accusations mélancoliques* de nature religieuse et morale aboutissent rapidement, dans l'esprit de la malade, à une conscience de culpabilité générale.

©BIUM

A la suite « d'un malentendu quelconque, » elle est devenue méchante et repoussante et *par là* tout ce qu'il y avait de bien et de beau a péri *pour tout le monde*. Mais ses déformations dépressives vont plus loin encore : tout ce qui se rattache à son existence antérieure s'évanouit; elle comprend que, jusqu'ici, elle a vécu « dans l'illusion », qu'aucun de tous les êtres qu'elle avait connus et aimés autrefois n'avait réellement existé, elle « l'avait seulement cru ». Ni Dieu ni les hommes n'existaient plus, tout n'était qu'un produit artificiel, jusqu'aux oiseaux et les astres. La malade elle-même est une momie toujours vivante, « l'homme primitif » ; elle est éternelle, éternelle; elle ne peut pas mourir; les figures qui se meuvent autour d'elle ne sont que des poupées de cire mues par des mécanismes ingénieux.

L'affection considérée est donc un cas bien caractérisé du *délire de négation* [Cotard, Séglas] (1), la malade niant l'existence du monde et son existence propre. Certains de ces malades, surtout parmi les plus âgés, soutiennent catégoriquement qu'ils n'ont plus de cerveau, d'intestin, de sang, etc. ; d'autres, comme, par exemple, notre malade, semblent employer les expressions de dénégation dans un sens plutôt *métaphorique* pour désigner « une survie douloureuse qui n'est pour eux qu'une sorte de mort » (Séglas) : la culpabilité du malade envers Dieu et envers les hommes est monstrueuse, au point de ne pouvoir être expiée que par les tortures incessantes d'une existence d'Ahasvérus. Et leur négation des êtres et des choses qui les entourent prend également le sens métaphorique... « Il n'y avait personne au monde, du moins personne *dont j'eusse charge*! »

(1) Séglas. *Leç. clin. sur les mal. ment.*, 1895, p. 459.

©BIUM

L'illusion de l'irréalité, celle de leur propre existence aussi bien que celle du monde extérieur, est probablement rehaussée par l'*indifférence émotionnelle* dont se plaignent souvent cette catégorie de malades ; sur le fond de leur état *général* de mélancolie douloureuse, la résonance émotive produite par les impressions actuelles, les souvenirs, etc., se détache sous un relief tellement vague et faible qu'ils se trouvent indifférents ou tout à fait « insensibles » lorsqu'ils se comparent à ce qu'ils étaient jadis, quand leurs processus émotifs avaient encore un caractère normal (1).

Les troubles de perception dont souffre notre malade sont d'un intérêt encore plus considérable que le délire de négation et l'indifférence émotionnelle dont nous venons de parler. Qu'au point de vue psycho-pathologique ils soient étroitement liés au sentiment de dépression et à l'inhibition, c'est ce que nous montrerons plus loin. Mais en dehors de ce rapport de liaison intérieur, il faut croire que les troubles de perception fournissent pour ainsi dire les moules des idées de négation qui semblent avoir une tendance générale à revêtir la forme d'événements psychiques plutôt assez concrets. La coloration plus vive que prennent les choses autour d'elle donne « par moments » à la malade l'idée de se trouver à l'étranger : elle commence à douter de « l'identité du lieu ». Et l'aspect rajeuni de ses parents qui prennent l'extérieur qu'elle leur connaissait enfant, fait naître en elle des doutes sur « l'identité du temps ». Lorsque sur le bateau la conduisant à l'hôpital elle ne voit, pendant la traversée, que son frère et le sommelier, ce fait lui suggère l'idée d'être l'unique personne exis-

(1) Pour les détails, voir le travail de l'auteur qui a paru sous le titre : *Psykogene Sindssygdomsformer* dans une publication commémorative *St. Hans Hospital 1816-1916*, p.120.

tant au monde (1). Les sons discordants de l'orgue lui fournissent la première « preuve » qu'elle est morte, elle, aussi bien que son entourage.

Parmi les perturbations de perception, nous allons considérer d'abord les *hyperesthésies*. Tout apparaît aux yeux de la malade avec une netteté de contours et de couleurs et avec une magnificence anormales : la crête des poules est d'un rouge éclatant, la lumière du soleil est excessivement forte, etc. Des hyperesthésies analogues, relevant des divers domaines sensoriels, sont fréquentes chez les aliénés et les névrosés. Ordinairement on les explique en admettant une sensibilité excessive de l'appareil sensoriel, périphérique ou central. Pour moi, le bien-fondé de cette explication est fort douteux, et je ferai remarquer à ce sujet que chez les psychasthéniques l'hyperesthésie est extrêmement variable. Dans les affections dépressives, comme celle qui nous intéresse ici : — et où, le plus souvent, il y a *hypofonctionnement* des neurones centraux avec élévation générale du seuil d'excitation — on serait plutôt tenté de supposer qu'en réalité l'hyperesthésie n'est qu'apparente; elle serait due alors à la défectuosité de l'atténuation (« Dämpfung ») des perceptions de processus cérébraux simultanés, comme cela se voit dans le réveil d'un état narcotique, dans le stade hypnagogue qui précède le sommeil, dans le début des évanouissements ou attaques d'épilepsie, etc.

Sans aucun doute, la perception par notre malade du monde extérieur subit l'influence de l'hyperesthésie : elle se croit transportée dans le Midi, où les couleurs

---

(1) La question de savoir si nous avons affaire ici à une hallucination négative ou bien si, pendant le trajet, elle était enfermée dans une cabine, ne peut plus être tranchée à l'heure qu'il est ; des deux suppositions, la dernière paraît la plus probable.

©BIUM

sont plus vives. Mais un autre élément dont l'action se fait encore plus sentir dans l'orientation de la malade, c'est la *dysmégalopsie* qu'elle décrit si nettement : les choses prennent des « dimensions invraisemblables » ; les murs et les portes sont gigantesques ; l'infirmière prend les proportions d'une énorme poupée de caoutchouc ; un des malades a la tête aussi grande que le corps, etc. Et à côté de cette *macropsie* se produit un changement de sa *perception de l'espace*. Les choses qui l'entourent se rangent sur un même plan ; son frère, tout d'un coup, s'aplatit singulièrement, l'infirmière paraît toute voûtée, etc. Et toutes les lignes vont *de travers* : les maisons apparaissent branlantes comme des « palais qui seraient sur le point de s'écrouler ».

De telles illusions visuelles ne sont pas tout à fait rares dans les descriptions des affections mentales ou nerveuses ; elles sont particulièrement fréquentes dans les cas d'hystérie (1). Notre idée des distances, des grandeurs, de l'espace dépend de plusieurs éléments psychiques et physiologiques ; parmi les derniers se rangent les mouvements d'accommodation et de convergence (et les sensations anesthétiques qui les accompagnent) (2). Il était donc naturel d'attribuer en grande partie la dysmégalopsie et la métamorphopsie à des troubles d'accommodation et de convergence. Il semble que, dans le cas de notre malade, les illusions se montraient de préférence à une certaine distance des objets ; l'un des malades soignés par *Janet* présentait un spasme

(1) Fischer, *Monatschr. f. Psych. u. Neur.*, 1906, t. XIX, p. 290, t. XXI, p. 1 ; P. Janet, *Névrose et idées fixes*, 2e éd., Paris, 1908, t. I, p. 227.

(2) Entre ces deux formes d'illusions optiques il y aurait cette différence, entre autres, que dans la dernière les hallucinations visuelles sont également dysmégaloptiques.

©BIUM

d'accommodation quand l'objet était à une distance de 60 centimètres, et à ce point précis disparaissait l'hémimacropsie (voir plus loin). Cependant, *Fischer* a été conduit, à la suite d'une étude approfondie de ses malades, à abandonner la théorie d'une genèse « musculaire » en faveur d'une genèse plus centrale : corticale ou transcorticale (c'est-à-dire purement « psychique »). Un de ses malades qui voyait, de l'œil gauche, la moitié gauche des objets plus grande que la moitié droite, ce que *Janet* désigne sous le nom d' « hémimacropsie », nous venons de le dire, conservait à l'épreuve stéréoscopique la même vision asymétrique, même dans les cas où, à l'insu du malade, la perception de l'œil gauche était momentanément supprimée. Chez l'un des malades de *Janet*, Ma...., qui, ayant l'œil *gauche* atteint d'hémimacropsie ou micropsie, voyait la moitié droite des objets trop grande ou trop petite, la fermeture de l'œil gauche donnait tantôt le même effet, tantôt l'objet tout entier augmentait ou diminuait de volume.

On sait que ces divers troubles de la vision peuvent être dus à des affectations manifestes du *fundus oculi* qui ont pour effet de déplacer la base des éléments perceptifs rétiniens (choroïdite, *amotis retinæ*) ; à des anomalies de réfraction ; à une paralysie, une spasme d'accommodation, etc. Et quand on se trouve en présence d'illusions visuelles comme celles de notre malade, un examen approfondi des yeux est toujours indiqué. Quant à la valeur pathogène qu'il faut attribuer à un trouble périphérique, dans les cas où on l'aura constaté, elle sera toujours fort douteuse : la perturbation physiologique ne fournira peut-être que le point de repère autour duquel le malade construit ses illusions, comme c'est souvent le cas pour les hallucinations à origine périphérique (Uthoff). C'est là la seule explication possible de l'*électivité* qui se manifestait dans les troubles

©BIUM

du malade de *di Gaspero* où les personnes prenaient *seules* des formes gigantesques aux « couleurs terrifiantes », tandis que les objets inanimés gardaient les dimensions normales (1).

Chez notre malade on soupçonne également le concours d'un composant émotif (malaise, angoisse), ; les choses ont des aspects « effrayants », « diaboliques », et quand elle attribue aux objets un air factice, quand elle les compare à des coulisses, à des décors de théâtre, et que les personnes lui font l'effet de poupées de cire, de figures découpées en papier, etc., quand elle parle de la terre désespérément caillouteuse, des feuilles des arbres mangées aux vers, il me semble évident que nous n'avons pas affaire ici à des anomalies de perception, mais à une *modification survenue dans l'émotivité*, à cette « insensibilité » dont elle se plaint (voir plus haut). Comme elle le dit elle-même : ses impressions sont « purement intellectuelles », c'est-à-dire : que la résonance sentimentale, l'émotion, l'enjeu personnel font défaut. Nous connaissons tous, pour l'avoir observé dans nos « heures de mélancolie », cet aspect terne et morne des choses qu'exprimait très bien une de mes malades atteinte de psychose psychogène disant que les choses tout autour avaient pris une apparence « étrange » au point qu'elle ne les reconnaissait plus, « parce qu'elle n'avait plus envie de rien ».

Et réciproquement, en passant à l'extase, notre malade trouve harmoniques, célestes, les sons de l'orgue ; la musique la remplit d'une douce ivresse, etc.

La perception correcte et complète des impressions reçues du milieu ambiant a pour condition essentielle l'évocation, par ces impressions, de *souvenirs adéquates*,

(1) Citation d'après Jaspers ; voir *Zeitschr. f. ges. Neur. u. Psych. Ref.*, t. IV, p. 328.

©BIUM

en d'autres termes : il faut que l'objet, la personne, etc. soient *reconnus* comme étant bien tel objet déterminé ou telle personne particulière, ou bien comme faisant partie de tel ou tel groupe d'objets, de personnes, etc. C'est pourquoi, dans les cas où ces images font défaut, totalement ou en partie (idiotie, démence), aussi bien que dans ceux où en raison d'une fuite d'idées exagérée ou une incohérence (confusion mentale, délire onirique) nous constatons des perceptions faussées par l'illusion des personnes, des lieux, etc. (désorientation). Chez les malades appartenant à la catégorie où se range la nôtre, ces formes d'illusions sont dues essentiellement à un autre genre de troubles. Les images restées à l'état latent dans notre mémoire ne sont pas toutes également prêtes à être éveillées par les impressions arrivant du dehors. Suivant le cours des idées, la disposition d'esprit du moment, etc., une excitation extérieure donnée fera surgir tantôt un groupe d'images, tantôt un autre. Notre malade déprimée, dont les pensées tournent sans cesse autour de la gravité de ses péchés et leur méchanceté diabolique, et du châtiment qui lui est réservé, voit dans les traits du philanthrope Claudi Rosset la physionomie sardonique de Voltaire ; elle voit des figures diaboliques dans le beurre et dans le dessin des rideaux. A ses yeux, le chauffe-bain devient le « feu de l'enfer » qui l'attend ; un coffre ordinaire, un cercueil ; les sons de l'orgue sont faux, une vraie parodie ; les cantiques prennent un sens défiguré, etc. La tendance dépressive de ses idées et l'état général de son esprit exerçaient une influence de *sélection* groupante sur les souvenirs (1).

Ce qu'il y a de particulier dans la méconnaissance

(1) Les hallucinations proprement dites étant rares, à tout le moins, dans le cas de notre malade, j'incline à croire que la pl-

©BIUM

par notre malade des personnes et, en partie, des objets, c'est le fait *que, jusqu'à un certain point, elle les reconnaît, mais sous les formes qu'elles avaient au temps de son enfance* : l'une des infirmières devient une sage-femme qu'elle avait connue jadis ; une autre devient une camarade de jeu ; le portemanteau est celui du presbytère de son enfance ; le médecin, c'est son père à elle, mais rajeuni ; elle voit les malades de l'hôpital et la directrice tantôt dans des vêtements modernes, tantôt dans ceux qu'on portait quand elle était enfant.

Cette *localisation chronologique erronée des impressions* s'expliquerait, je crois, comme étant une *substitution aux impressions actuelles (ou bien aux images adéquates évoquées par ces impressions) d'anciens souvenirs* relatifs à la personne, à l'objet ou autres choses en question. Nous savons tous que la vue d'une personne qu'on connaît depuis des années peut évoquer, dans des conditions particulières, le souvenir de l'extérieur qu'il avait autrefois, comme, par exemple, de ses vêtements ; et, de même, une nouvelle personne ou une nouvelle chose peuvent rappeler à notre mémoire une personne, etc., d'aspect semblable. Normalement, les deux groupes d'images évoquées ne tendront pas à se confondre, les anciennes ne supplanteront point les impressions ou idées actuelles. Au contraire, dans les états où l'idéation se trouve atteinte dans son ensemble (telle la démence des vieillards), c'est un fait acquis que les images (ou plutôt : groupes d'images) les plus récentes sont frappées les premières et que pour celles-là l'inhibition est plus forte (*Ribot*), soit qu'elles s'effacent

---

part des indices qui pourraient s'interpréter dans ce sens : voix sortant du sous-sol, propos de la malade, etc., n'ont été, en réalité, que des illusions de ce genre.

©BIUM

complètement ou que leur reproductibilité soit seulement diminuée. En même temps, les *anciennes* images se font souvent valoir avec une intensité anormale : le malade « revient en enfance », revit des scènes de sa vie d'autrefois ou en invente (confabulation) ; il voit dans des étrangers de vieilles connaissances, etc.

Dans le cas de notre malade, il nous faut admettre une inhibition dépressive des images postérieures à son enfance, inhibition accompagnée d'un renforcement des souvenirs d'enfance qui se présentent avec une facilité remarquable pour remplacer ou « couvrir » les impressions actuelles (la vue de sa sœur, etc)., et fausser, par une « assimilation », l'impression que lui font les personnes et les choses étrangères.

Pick a communiqué récemment un cas qu'il est intéressant de citer à ce propos (1). Un malade atteint d'hystérie traumatique offrait, parmi d'autres symptômes psychologiques, un trouble curieux de son « Realitætsurteil bezügl. der Aussenwelt » (jugement de la réalité du monde extérieur) : après un état de confusion mentale, il fut frappé d'amnésie pour l'espace d'une vingtaine d'années de sa vie. Et quand, alors, il lui arrivait de passer aux endroits où il s'était fait des changements quelconques (reconstructions, nouveaux bâtiments, etc.), il était violemment affecté de constater que les images laissées dans son souvenir par les bâtiments respectifs d'il y avait vingt ans se présentaient si nettement et l'obsédaient d'une manière si constante que *par moments il était hors d'état de voir les maisons comme elles étaient et apercevait à leur place des constructions remontant à vingt ans*. La perturbation se présentait également quand il voyait des cartes pos-

(1) *Zeitschr. f. Pathopsychologie*, 1911, t. I, p. 61.

©BIUM

tales illustrées représentant les nouveaux quartiers de la ville. Il a décrit lui-même le phénomène en disant que les impressions nouvelles, réelles, étaient comme cachées derrière le rideau des anciennes images (verhængt wie durch einen Vorhang verdeckt).

Chacun sait qu'une telle lutte entre des images psychiques correspondant à une même impression (ou représentation), mais datant d'époques différentes, a souvent lieu dans les reconnaissances « difficiles ».

Si notre malade explique quelque part que peu à peu toute son existence antérieure s'est évanouie, on pourrait à la rigueur voir dans cette indication un témoignage en faveur de l'hypothèse d'une *amnésie rétrograde* très étendue, analogue à celle du malade de *Pick*. Elle parle aussi d'une *suppression volontaire* des souvenirs relatifs à sa mère, *parce que ces souvenirs lui causaient de la peine*. Dans ces conditions, rien n'empêcherait d'admettre qu'il a été question d'une tendance suppressive générale, d'autant plus que toutes ses idées dépressives auto-accusatrices se rapportent à des états d'après l'enfance. On connaît, pour l'avoir souvent rencontré dans les affections mentales psychogènes, cette tendance qu'ont les malades à éviter les souvenirs pénibles ou douloureux à l'aide d'une amnésie rétrograde. Que l'amnésie, la suppression des souvenirs, s'arrête aux années de l'enfance, c'est très naturel ; la parole du poète : « Ton paradis, c'était à l'aube de la vie », est vraie pour beaucoup de gens, peut-être surtout pour les psychopathes. Si, pendant la phase intervallaire d'imagination déchaînée, au printemps de 1902, nous voyons surgir une série de souvenirs d'enfance concrets d'une acuité et d'une complétude extraordinaire de la vue et de l'ouïe, ceci encore peut s'interpréter dans le même sens ; mais, sur ce point, comme sur d'autres, nous ne pouvons guère sortir du domaine

©BIUM

des hypothèses, n'ayant pour tous matériaux que l'autobiographie de la malade.

L'exaltation terminale est caractérisée d'abord par un sentiment de bonheur extatique anormal : la malade se croit par moments transportée au septième ciel. A l'inhibition affective excessive, à l'anesthésie émotionnelle, s'est substituée une paix débordante envers tout et tous. Tout rayonne. L'hôpital est le prototype de l'idéal, etc. (1). Mais son idée de l'irréalité des choses persiste intacte : elle est dans l'Éternité ; accompagnée de la directrice, elle se reporte à deux mille ans en arrière ; elle se sent « vieille comme la terre, etc. ». Persiste également à l'état de conscience le sentiment de ses fautes, de son indignité, accompagné, il est vrai, de son idée d'avoir obtenu le pardon de Dieu, etc. Cette coexistence de deux idées ou sentiments contradictoires se rencontre souvent dans les cas de conversion, et les manifestations de l'ardeur religieuse et philanthropique qu'elle a données avant et après son séjour à l'hôpital entrent bien dans la théorie d'un état conscient traversé de courants contraires. J'ai eu l'occasion de constater des cas analogues chez deux malades atteints de manie chronique, où la « conversion » prenait le caractère d'accès de mélancolie bien prononcés ; mais en général j'ai l'impression que les états de ce genre sont surtout fréquents dans les affections mentales *psychogènes* (hystériques).

L'état de conscience de notre malade pendant ces périodes de stupeur est sans doute en étroite relation psychopathologique avec les états de dépersonnalisation (2).

---

(1) Comparer, en ce qui concerne l'extase, Janet, *Les Obsessions*, etc., 2e éd., Paris, 1908, vol. I, p. 390, 676 ; Meyer, Zur Phænomenologie abnormer Glücksgefühle. *Zeitschr. f. Pathopsychologie*, 1914, vol. II, p. 588.

(2) Hesnard. *Les troubles de la personnalité*. Paris, 1909,

©BIUM

Cependant il nous semble qu'il y a plus d'intérêt à rechercher la genèse psychologique du délire de négation bien prononcé qu'offre cette malade.

A priori, il paraît probable que le délire de négation peut avoir des genèses psychologiques diverses. Chez certains malades (mélancoliques séniles et notamment paralytiques) on est probablement fondé à admettre une véritable affection de la cénesthésie (somatopsyche. *Foerster*) tout en ayant conscience de s'aventurer ainsi dans le domaine des hypothèses [*Blondel*] (1). Chez d'autres malades, et ce sont là, peut-être, les plus nombreux, les idées de négation sont sans doute l'expression métaphorique de la douleur morale du malade, de son anesthésie émotionnelle, de son sentiment excessif d'indignité et de culpabilité, etc. (*Séglas*, voir plus haut).

Dans d'autres cas (tel celui de l'observation I), il faudrait probablement conclure à un *sentiment d'inexistence* nettement accusé. D'après l'autobiographie ci-dessus citée, ce sentiment naît en partie sous la forme d'*expériences concrètes*; son anesthésie émotionnelle, les perversions de perception qui lui sont propres *se cristallisent* à de certaines heures en idées de négation d'une portée générale. Ou bien ces idées prennent la forme de *conclusions*. Mais sans aucun doute ce sont surtout les troubles curieux de la mémoire et de reconnaissance, auxquels elle était sujette, qui contribuent à modifier sa conception du monde extérieur et de sa propre existence.

Un cas de délire de négation essentiellement amnésique se présente avec plus de netteté dans l'observation suivante.

---

p. 126, 266; P. Schilder, *Selbstbewusstsein u. Persönlichkeitsbewusstsein*. Berlin, 1914, p. 169. 175, 178.

(1) Blondel. *La conscience morbide*. Paris, 1914, p. 200, cf., p. 166, 288.

©BIUM

Obs. II. — Femme divorcée, née en 1854. Une fille souffre de dépressions périodiques. La malade épouse, vers l'âge de vingt ans, un alcoolique et ils divorcent après huit ans de mariage; ensuite elle dirige une blanchisserie; trois naissances, un avortement. L'affection mentale qui se déclare en novembre 1905 offre, depuis, l'apparence constante d'une dépression mélancolique, de temps en temps très prononcée, avec sentiment d'indignité et de culpabilité, auto-accusations, scrupules religieux; par moments angoisse ou phases de grande perplexité. Parfois *états mixtes* passagers, avec une légère exaltation, rires, un air affairé. Mais la plupart du temps son état est caractérisé par une dépression douloureuse, plus ou moins figée.

En 1909, elle commence à se plaindre d'avoir totalement *perdu la faculté de se rappeler les souvenirs visuels* : « J'ai beau essayer, je n'arrive pas à revoir en esprit l'aspect de la ville de Copenhague, ni à revivre en imagination les divers plaisirs que j'y ai eus; c'est ainsi qu'il m'est tout à fait impossible de revoir en pensée Hevold (chanteur de l'Opéra) dans les différents rôles où je l'ai vu »; et de même pour les autres grands artistes du théâtre, etc. L'existence tout entière lui paraît un grand néant : elle sait qu'elle a mis trois enfants au monde; et pourtant « ça n'est pas exact ». Tout est faux. Rien de ce qui fut n'est réel. « Il n'y a pas de Copenhague, pas d'hôpital Saint-Jean; je n'ai pas de fille, pas de parents; je n'ai jamais eu de blanchisserie à Copenhague; je n'ai jamais été à Copenhague », etc. En entendant le gramophone dans la salle, elle *reconnaît* tous les airs (de Mignon, de Figaro, etc.) et pourtant « elle ne les a jamais entendus, elle n'a jamais été au théâtre ».

Au commencement, il lui arrivait de se rappeler, *en rêve*, les impressions visuelles de sa vie passée; mais, depuis quelques années, ses rêves visuels se font de plus en plus rares. Elle reste des heures à s'efforcer de se rappeler, visuellement, ses impressions d'autrefois, des événements de famille, ses occupations journalières dans la blanchisserie, l'aspect des membres de sa famill , etc., pour finir par renoncer, dans une profonde dépression, à ces vains efforts.

Ses négations s'étendent même aux impressions *du moment* : « Il n'y a pas de fleurs, pas d'arbres dans la forêt », etc. Ses idées prennent quelquefois une nuance absolument baroque : elle n'est pas née, ne mourra jamais, vivra pendant des millions d'années, n'existe pas du tout.

Il n'y a pas de démence ou affaiblissement général de la

©BIUM

mémoire dans son cas. Elle parle avec vivacité, à ses heures, et raconte alors une foule de détails de sa vie passée ; mais ces accès de loquacité se terminent invariablement sur le cri agacé et désespéré : « Pourquoi faut-il que tout cela soit un mensonge ? »

Ces dernières années, elle parle de « voix » qui se font entendre dans sa tête : « Dès qu'elle pense à une chose (c'est-à-dire, dès qu'elle s'efforce de se rappeler des souvenirs y relatifs), aussitôt il y a dans sa tête « quelque chose » qui nie tout cela ». C'est à peine si on peut parler ici d'hallucinations « psychiques » (*Baillager*), et encore moins peut-on les qualifier, cela va sans dire, d'hallucinations « vraies ».

Chez la malade de l'observation I, l'amnésie donne lieu, par sa *partialité*, à une fausse reconnaissance, fournissant ainsi les éléments des idées de négation. Chez le sujet de l'observation II, le composant *visuel* de ses souvenirs complexes est évidemment un facteur si important pour la certitude de la reconnaissance, c'est-à-dire pour le sentiment du « déjà vécu » (Erlebtheitsgefühl), que la suppression de ce composant entraînerait la disparition de toute note personnelle dans les souvenirs complexes. Par sa formule mémorative, cette malade rentre dans la catégorie des « visuels » (*Charcot*). Ayant déjà traité ailleurs (1) la très intéressante question de savoir ce qui nous permet de reconnaître, dans « le jeu automatique de l'association des idées » (*Janet*), justement les combinaisons qui reflètent des états de conscience antérieurs et représentent nos souvenirs proprement dits, je me bornerai à relever ce fait que la *complétude* de l'ensemble associatif qui se présente à la conscience de l'individu joue un rôl essentiel dans la reconnaissance sûre du souvenir. Selon la remarque déjà faite par *Sollier* (2) les souvenirs plus com-

(1) A. Wimmer, *L'amnésie et le dédoublement de la conscience*. Copenhague 1917.
(2) Sollier, *Les troubles de la mémoire*. Paris 1892.

©BIUM

plexes présenteront d'ordinaire une seule image ou un petit nombre d'images *dominantes* (visuelles, auditives, etc., selon le type de reconnaissance auquel appartient le sujet considéré), qui prévaudront sur les autres par leur intensité et, aussi —il faut bien l'ajouter— par une variété plus riche de relations associatives. Dans ces conditions, l'inhibition ou la suppression complète de cette image (« Obervorstellung » de *Liepmann*) entraînera facilement, *soit* la suppression totale de tout le groupe complexe de souvenirs, — ce cas est surtout fréquent dans les amnésies hystériques, —*soit*, comme dans le cas du sujet de l'observation II, une mutilation assez forte d'un tel groupe de souvenirs pour que le malade n'y reconnaisse pas une image de choses vécues. Ainsi naissent les états singuliers, décrits par *Charcot*, *Cotard*, *Magelhaes-Lemos*, qui ont été caractérisés par un malade dans les termes que voici : « Je me rappelle très bien tout cela, mais je ne puis pas me figurer ni les rues avec leurs maisons, ni l'église, ni la tour, ni rien du tout ». Le sujet en question parle de ses « souvenirs secs, stériles » : « Il me semble que je vis au milieu de *mots*; on peut bien dire *que mon esprit est aveugle* (1). »

Mais à côté de ce composant, d'ordre plutôt intellectuel, de nos souvenirs, il y a un composant *émotionnel* qui est très important : c'est le sentiment du déjà vécu, fait en partie, et peut-être même pour l'essentiel, de processus émotionnels plus ou moins intenses (plaisir, peine, etc.) qu'on se rappelle comme ayant fait partie, dans le temps, de la chose (l'événement) dont on se souvient. Là où ce sentiment du déjà vécu fait défaut, les souvenirs complexes pourront bien être éveillés et reconnus, intellectuellement, comme souvenirs ; mais il

(1) Magelhaes-Lemos, *Ann. méd.-psych.*, 1906, 9e série, t. VI, p. 1. Ce cas était également caractérisé par de fortes idées de négation.

©BIUM

leur manquera d'être sentis comme siens par l'individu qui le reconnaîtra, « in somewhat the way we remember the daily doings of an acquaintance, thangh four less vividly » (1).

C'est bien, je crois, le défaut de ce sentiment du déjà vécu qui caractérise les idées de négation du sujet dont nous allons considérer le cas et qui n'était certainement pas atteint d'amnésie ni de troubles de perception à l'endroit des impressions actuelles.

Obs. III. — Femme d'ouvrier âgée de soixante cinq ans, entrée à l'hôpital Saint-Jean le 18 juin 1917. Depuis sa vingtième année, accès de dépression fréquents, dont quelques-uns ont nécessité des séjours à l'hôpital; un de ces séjours à l'hôpital Saint-Jean eut lieu de 1910 à 1911. L'accès actuellement traité se déclara en février 1917 et eut d'abord une évolution analogue à celle des accès précédents avec dépression mélancolique simple, accompagnée d'une certaine inhibition, sensations morbides, idées vagues d'un caractère dépressif. A partir d'août 1917, elle donna soudain (2) et sans que l'état morbide extérieur se fût aucunement modifié, des manifestations bien prononcées d'*idées de négation* : « Tout est faux ; la ville de Copenhague n'existe pas, ni l'hôpital Saint-Jean ; je n'ai pas de nom, je crois, et n'en ai jamais eu, probablement ; je m'imaginais que nous étions en 1917 ; mais cela non plus n'est pas vrai ; je n'ai ni mari, ni enfants (elle en avait trois !), ni rien du tout ; je voudrais savoir d'où je sors », etc., etc.

— Etes-vous née? — Je me le demande... mais il faut bien que je sois quelque chose... d'ailleurs je n'y comprends rien... rien du tout.

---

(1) Sidis Goodhardt, *Multiple Personality New York and London*, 1914, p. 39. Les choses qui entouraient le malade prenaient l'aspect de « à plat, fade l, uninteresting picture ». Pendant la phase anormale du sujet, les raisonnements se faisaient lentement et sous la forme des mots-images; pendant la phase « forte » (normale), il pensait rapidement, au contraire, et dans cet état ses pensées se présentaient sous les *images de choses*.

(2) Selon l'explication donnée par la malade, elle venait d'avoir l'intuition, à propos d'un évènement d'ordre intime, que « tout ce qu'elle avait pensé jusqu'alors était erroné ».

©BIUM

— Etes-vous vivante ou morte? — Il faut bien, je pense, que je sois morte... car un être vivant ne serait pas comme moi... décidément, je suis morte à tout.

— Et la terre, est-ce qu'elle existe? — Non,... plutôt non,... il n'y a rien qui ait nom de rien.

— Et moi, suis-je vivant? — Je n'en sais rien.

De fait, elle donne des renseignements précis et détaillés sur tous les événements de sa vie passée, se rendant bien compte de la catégorie des souvenirs (visuels, auditifs), de leur richesse et leur ordonnance spatiale et chronologique, etc.; mais « tout cela est fictif; c'est faux; ça n'a jamais existé », etc. Elle reconnaît les ustensiles d'usage journalier, les meubles de la chambre, les personnes de son entourage, et les appelle par leur nom; de même pour les couleurs et les formes, etc. Elle explique que les choses qui l'entourent n'ont pas changé et que « pourtant tout ça n'est pas comme ça devait être ».

— N'avez-vous pas conscience d'avoir vécu à S...?

— En effet, j'ai cette *idée*; mais tout cela n'est pas vrai.

Même négation lors d'une visite que lui fit sa fille et son mari : « Ils ressemblent à ce qu'ils étaient auparavant, dans l'idée que je m'en faisais ; mais tout cela n'est pas vrai.

— Connaissez-vous ce monsieur (le mari)? — A vrai dire, je n'en sais rien... il se dit mon mari.

— Vous ne lui trouvez rien qui vous soit familier?

— Si, il me semble que le vêtement et tout cela ressemble à ce que je croyais connaître quand j'avais un foyer.

— Vous avez cru, autrefois, n'est-ce pas, que c'était votre mari? — En effet. — Et pourquoi ne le croyez-vous plus? — — Je ne saurais vous expliquer la chose, ni d'où je suis venue, ni rien du tout.

Elle reconnaît une série de portraits de ses parents et les désigne par leurs noms, mais à la question de savoir si ces personnes n'ont pas existé réellement, elle répond : — *J'ai eu cette idée* ; mais je n'en *sais* rien... tout cela a été tellement défiguré et déformé.

Et elle invite son mari à emporter les photos !

— Que veux-tu que je fasse de ces papiers ? Puis elle l'interroge un peu sur les choses de chez eux !

— Ça va bien là-bas, ce qui... *n'est pas* à nous? Elle écoute ce qu'il lui raconte « pour en croire ce qu'elle en croit ».

Les idées nihilistes persistent irréductibles ; elle accepte

©BIUM

tout d'un sourire résigné, incrédule. Par intermittences, elle est très sujette aux inhibitions, complètement inerte, fait entendre de temps en temps qu'elle est « profondément malheureuse » et « morte à tout ce qui fait le bonheur des humains ».

Pas de démence, pas de défauts de mémoire proprement dits, nous l'avons déjà fait remarquer ; pas de confusion ni de désorientation ; son jugement relatif au monde extérieur est toujours correct au point de vue purement objectif.

De rares fois des idées légèrement *hypocondriaques*, de peu de durée : « la nourriture ne pouvait pas passer par la gorge » ; mais, en dehors de cela, rien qui puisse s'interpréter comme symptôme de « cénestopathie ». La seule explication possible de son délire de négation, c'est « le défaut du sentiment du déjà vécu », qui tient probablement à son *anesthésie émotionnelle*.

Un caractère commun aux trois cas de délire de négation de Cotard ci-dessus mentionnés, c'est une perturbation de la mémoire, une *amnésie*, plus ou moins généralisée, plus ou moins complète, amnésie *intellectuelle* (observation I, II) ou *émotionnelle* (observation III). Et il n'est guère douteux que ce trouble des souvenirs anciens ne représente une source principale des idées de négation tant en ce qui concerne leur genèse que pour leur formule psychique.

©BIUM

LES FORMES DU DÉLIRE
DANS LA GRIPPE

Par le Dr R. BENON

Médecin-chef du centre de psychiatrie de la XIe région,
Baur (Nantes).

Nous croyons devoir attirer l'attention sur les formes du « délire » dans la grippe, formes déjà très étudiées au cours de l'épidémie de 1889-1890.

Il est classique et peut-être juste de distinguer les formes de la période aiguë de la grippe et les formes de la période de convalescence.

A) Les formes de la période aigue sont, à notre avis, au nombre de deux :

1° La forme hallucinatoire ;

2° La forme asthénique.

Dans la forme hallucinatoire, les troubles psychosensoriels sont primitifs et cardinaux. Ce sont des illusions, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de la sensibilité générale, etc. Cet état hallucinatoire engendre du délire, de l'agitation anxieuse, et quelquefois des réactions dangereuses, des violences, des fugues, etc. Fréquemment le malade arrive à la confusion mentale aiguë, généralement intermittente, caractérisée essentiellement par des troubles inconscients de la perception, de l'orientation, de la reconnaissance des objets, des personnes et des lieux.

Le syndrome de Korsakoff paraît se développer plutôt au cours de la convalescence.

La forme asthénique est toute différente de la forme hallucinatoire. Le patient est en proie à un état d'abattement profond avec confusion dans la mémoire ou

©BIUM

les idées. Relativement conscient de son état, il s'inquiète, il est angoissé. Il croit sa fin prochaine. Il répond mal aux questions posées, il ne peut évoquer qu'avec lenteur ses souvenirs, mais il reconnaît son entourage, et ne commet aucune erreur, ni sur les lieux, ni sur les objets. Quelquefois l'asthénie va jusqu'à la stupeur. Sur cet état primitivement et essentiellement dysasthénique peut se greffer à titre exceptionnel de la confusion mentale avec ou sans hallucinations, de l'agitation anxieuse, etc.

B) Au cours de la convalescence, l'asthénie est si fréquente et elle est si connue qu'il ne nous paraît pas nécessaire d'insister sur ses caractères. Disons toutefois que si elle guérit souvent, elle peut être le point de départ de psychoses variées et le plus souvent incurables.

Une autre forme, plus curieuse et plus rare, du « délire » dans la période de convalescence de la grippe, est le syndrome de Korsakoff avec ou sans névrite périphérique concomitante. Le début est insidieux, il peut durer une quinzaine de jours : le diagnostic est alors délicat. A la période d'état, les trois symptômes fondamentaux constituant le syndrome : l'amnésie de fixation, la fabulation et les fausses reconnaissances, permettent aisément de différencier l'affection de la confusion mentale aiguë proprement dite, laquelle est rare durant la convalescence de la grippe. Le syndrome de Korsakoff post-grippal peut guérir, mais il peut aussi évoluer vers la chronicité.

Au point de vue thérapeutique, l'agitation anxieuse et l'agitation à base d'énervement qui compliquent ces syndromes psycho-névropathiques doivent être traitées par l'alitement et les bains chauds prolongés. La camisole de force, dans ces cas, est à considérer comme un instrument de mort.

©BIUM

Établissements d'aliénés

L'ASILE DE BAILLEUL

Par le Dr Henri DAMAYE
Médecin-major de 2me classe,
Assistant à l'asile de Blois.

On le disait souvent « le premier asile de France ». Mais malgré la raillerie qui perçait dans ces qualificatifs, une chose demeure exacte : cet établissement était, sans contredit, parmi les plus beaux et les plus modernes de notre territoire. Il dressait sur la frontière ses façades gothiques, ses majestueux pignons en escalier, et ses propriétés atteignaient les confins de la Belgique. Sa grande ferme, imitant l'architecture des chalets suisses, lui faisait vis-à-vis sur la route d'Ypres, là où l'on découvre le panorama du Mont des Cats, du Mont Noir et du Kemmel, tous noms aujourd'hui historiques.

La perte d'une œuvre d'art attriste toujours les humains : l'asile de Bailleul était une œuvre d'art, monumentale et luxueuse dans ses principaux pavillons et ses jardins. Tous ceux qui l'ont vu ont admiré son architecture imposante, sa superbe grille d'entrée semblable à celle du Parc Monceau, la porte du bâtiment d'administration en chêne sculpté à l'écusson du Lion des Flandres, ses jardins si bien entretenus aux plantes rares et aux massifs de grand prix ordonnés avec goût, les colonnes grandioses, les peintures et les tapisseries de son pensionnat et de ses vestibules.

©BIUM

Beaucoup d'entre nous l'ont ignoré. Le Nord n'était point une région fréquentée par les touristes ; pour comprendre sa poésie il fallait être né sous son ciel gris, à l'ombre de ses beffrois et de ses usines, avoir grandi au son de ses carillons et de ses cloches de cathédrales. Mais tous ceux qui ont pu voir cet établissement ont conservé de sa visite une impression de charme majestueux.

C'était, dans les dernières années, un véritable village qui s'étalait à l'extrémité de la petite bourgade flamande aux trois clochers, près de pâturages verts et de forêts de houblon. Outre tous les ateliers habituels d'un asile, cet établissement de 1.700 malades possédait une usine électrique, une brasserie, une boucherie, une boulangerie, et sous plusieurs de ses vastes bâtiments des citernes immenses toujours prêtes en cas d'incendie. Il y avait, à l'écart, un lazaret à trois ailes pouvant recevoir une cinquantaine de malades lors d'épidémies. Près de là, une grande étuve pour les désinfections. On admirait, dans ce même quartier, le pavillon des morts, en forme de temple grec. Cette jolie construction, entourée de fleurs et de verdures, comprenait une cave pour la conservation des corps, munie d'un ascenseur, deux petites chapelles mortuaires pour l'exposition, une salle d'autopsie à deux tables abondamment éclairée et aérée, et au premier étage un laboratoire d'histologie à deux pièces et à grandes fenêtres, pourvu de tout le matériel et de tous les produits nécessaires à l'étude et aux recherches.

Le personnel comportait quatre médecins et quatre internes, environ quatre-vingts religieuses, une centaine d'infirmières et en outre un véritable bataillon d'employés travaillant aux ateliers, aux jardins et à la culture.

L'asile de Bailleul fut longtemps administré par le

©BIUM

Dr Edmond Cortyl qui en fit construire une grande partie. En 1905, une spécialisation des fonctions s'imposait, afin de permettre à l'art médical d'y prendre son essor. C'est alors que le directeur actuel, M. Victor Simonet, administrateur de carrière et de haute valeur, put donner à l'établissement l'envergure qui lui convenait. De nouveaux locaux furent créés avec l'intelligente collaboration de M. Hainez, architecte en chef du Nord. Bailleul devint ainsi, grâce à l'appui de sa Commission de surveillance, un asile modernisé dans son organisation et son fonctionnement, une maison de santé véritable qui allait de l'avant et contenait, on peut le dire, un hôpital psychiatrique au sein d'un asile d'aliénés.

Ainsi, sous son grand ciel gris familier du vent et des orages, ce bel établissement devenait de plus en plus florissant. Intelligemment administré, regardant non point le passé avec ses incertitudes, mais les choses futures, l'avenir et le grand courant de la science médicale, il donnait les plus beaux résultats que peut fournir une maison de santé remplissant bien son but. Les professeurs des Facultés de Lille y envoyaient des élèves se documenter pour leurs travaux. Chacun y était à sa place. Les malades étaient heureuses, bien traitées, copieusement nourries, et un maximum de guérisons donnait pleine satisfaction aux distingués philanthropes de la Commission.

Tel fut le bel asile que la guerre devait anéantir. Depuis 1911 nous étions de ceux qui s'attendaient à la prochaine explosion du fléau, mais nous ne la prévoyions pas aussi dévastatrice, ni aussi cruelle.

Jusqu'en avril 1918, la maison fonctionna, grâce au courage de son énergique directeur, de son médecin en chef et de tout son personnel. Nous nous y trouvions en permission, venu d'Amiens, en fin mars, peu avant

©BIUM

la destruction, et nous avons été heureux de pouvoir partager les débuts de l'agonie. Nous avons vu blessé et mourant le pays aux industries merveilleuses, nous avons vu gisant le vieux beffroi des cartes postales artistiques. Nous avons entendu les fracas terribles jour et nuit. Nous avons vu le courageux directeur vaquer noblement en ville à ses occupations alors que les obus y éclataient et que l'habitant était réfugié dans les caves. Nous avons admiré le Dr Maupaté, homme de devoir, seul au milieu de 1.400 malades, continuant son service avec la modestie qui lui est coutumière et ignorant son mérite. Grâce au directeur, grâce au médecin chef, aux vaillantes religieuses de l'Enfant-Jésus, personne ne tremblait et bien peu de malades désiraient être évacuées. J'ai admiré tout ce personnel, en ces sombres jours, avec les mêmes impressions qu'au front notre 1er corps d'armée : c'étaient les mêmes courages et aussi les mêmes vertus ancestrales qui s'épanouissaient au moment des dangers.

Notre directeur et sa dévouée compagne, Mme Simonet, avaient quitté leur fils aîné, charmant petit jeune homme qui, le jour même de ses dix-huit ans, s'était engagé volontairement et trois semaines après, volontairement encore, partait aux tranchées.

Alors que la vie était menacée jour et nuit, à chaque seconde, alors que plusieurs fois chaque nuit on entendait évoluer au-dessus de nous les escadrilles de bombardement ennemies, personne ne se dérobait. Tous vaquaient à leurs occupations comme avant la guerre et dormaient là où ils couchaient en temps de paix. Les malades, ainsi rassurées et fortifiées par ces beaux exemples, n'ont jamais eu peur et leur évacuation a pu se faire en ordre et sans victimes huit jours avant la seconde invasion.

Je n'oublierai pas nos internes Maurice Laydecker et

Tavernier tués, l'un à Verdun, l'autre en Champagne, et brillamment cités à l'ordre du jour. Peut-être d'autres encore, qui ne me sont pas connus actuellement, ont-ils aussi donné leur vie?

Que le lecteur me pardonne; mais, réfugié et devenu pauvre, je me plais à rendre hommage au bel asile qui m'accueillit, où l'on me témoigna tant d'amitié sincère et de fraternelle sympathie.

Il me convenait de m'incliner devant les décombres de cette maison que je connus riche et florissante, qui soulagea et guérit tant d'infortunes. Comme sa voisine d'Armentières, elle a eu le destin glorieux de servir de rempart à la France et de tomber au champ d'honneur.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1918

Présidence de M. H. COLIN, président.

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

M. Voivenel, membre correspondant, assiste à la séance.

Allocution du Président.

MES CHERS COLLÈGUES,

Nous allons reprendre nos travaux dans des conditions bien différentes de celles où nous les avons laissés au moment des vacances. Déjà, en juillet dernier, lors de notre dernière réunion, on voyait poindre l'aube d'un jour meilleur. L'offensive allemande avait échoué, notre contre-offensive avait été victorieuse. Mais, avant, pendant cinq longs mois, que d'heures douloureuses, que de journées tragiques ! Paris bombardé jour et nuit, l'énervement inséparable d'un malheur qu'on sent imminent mais dont on ne peut prévoir l'échéance ! Vous le savez, puisque vos séances se tenaient ici, au bruit du canon, dans une région de Paris particulièrement éprouvée. En même temps, la ruée des Allemands se faisait tous les jours plus pressante, leurs masses se précipitaient sur nous, toujours plus nombreuses.

Malgré cela, nous n'avons jamais désespéré, nous avons maintenu une attitude fière et digne dans l'attente d'une revanche qui, nous le sentions, nous était due.

Car, ceux qui, après l'avortement du crime, en 1914, ont toujours cru, comme moi, à la victoire du droit sur les forces déchaînées de la barbarie, ceux-là n'ont jamais cessé de garder la confiance la plus absolue dans notre victoire finale.

Aujourd'hui, la victoire est certaine si elle n'est pas immédiate. et j'ai pensé qu'il y avait lieu de nous en féliciter. Nous la devons à nos soldats magnifiques à qui on a enfin donné les moyens de faire la guerre ; nous la devons aussi à nos superbes alliés et, délivrés du cauchemar atroce dans lequel les hommes de ma génération se sont débattus pendant quarante-quatre ans, nous pourrons dire enfin que nous vivons vraiment.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Semelaigne qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Des lettres de MM. Chavigny, Courjon et Funaioli qui remercient la Société de les avoir nommés, les deux premiers membres correspondants, le troisième membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. le Dr H. Hoven, médecin-aliéniste adjoint de l'armée belge qui demande à faire partie de la Société à titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Arnaud, Briand et Juquelier, rapporteur.

Les médecins de Ville-Evrard et Maison-Blanche, qui assistent aux obsèques de M. Lemaître, interne en médecine de l'asile de Ville-Evrard, décédé des suites de la grippe, contractée dans son service, s'excusent collectivement de ne pouvoir être présents à la séance.

Mort de M. Paul Pottier.

M. LE PRÉSIDENT annonce le décès de M. Paul Pottier, membre titulaire, et donne à M. le Secrétaire général la parole pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, aux obsèques de notre regretté collègue, qui ont eu lieu ce matin.

M. le SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, la société Médico-Psychologique est bien cruellement éprouvée depuis la guerre. La mort frappe à coups redoublés sur ses membres titulaires. Après François Boissier tué par une balle allemande pendant qu'il relevait et pansait

©BIUM

les blessés, nous avons vu disparaître successivement Gilbert-Ballet et Magnan, Taule et Picqué, plus récemment Huet et Legras, tous noms qui nous étaient chers et ont laissé après eux d'unanimes regrets. Aujourd'hui c'est notre excellent collègue Paul Pottier, que l'épidémie régnante a enlevé en peu de jours à l'affection de sa famille et de ses amis.

Pottier, qui faisait ses études médicales à la Faculté de Paris, obtint, en 1877, un poste d'interne des asiles d'aliénés de la Seine ; il y prit goût aux études médico-psychologiques et son zèle fut remarqué par son chef de service, le Dr Billod, médecin-directeur de l'asile de Vaucluse. Peu d'années après, il entra comme interne à la maison de santé de Vanves. Il y fut à bonne école. Sous la direction de notre savant et regretté maître et collègue, le Dr Jules Falret, il se livra à une étude approfondie des maladies mentales et réunit les documents de sa thèse de doctorat en médecine.

Cette thèse a pour sujet les *aliénés persécuteurs*. Remarquable à tous les points de vue, elle est la première monographie sur cette question alors très controversée. Pottier nous montre, après son maître Jules Falret, après Lasègue, et en apportant de nombreux faits à l'appui, qu'il existe toute une catégorie d'aliénés, rangés avec raison parmi les raisonnants, à cause de la persistance de leur lucidité et du caractère logique de leur délire, mais qui sont des dégénérés des plus dangereux. Leur délire, à point de départ faux ou mal interprété, est suivi, cohérent, vraisemblable ; il se développe par extension progressive de l'idée mère, mais conserve toujours sa physionomie première : il se traduit par des revendications plus ou moins chimériques, mais tenaces, persistantes, le plus souvent agressives et dangereuses. Le public, facilement trompé par l'apparence, prend souvent ces aliénés pour des victimes aigries par l'injustice, alors que ce ne sont d'ordinaire que des êtres orgueilleux, méchants, avides de bruit, que leurs idées délirantes poussent aux aventures les plus bruyantes, aux plus graves attentats.

Pottier a tracé de ce genre de malades un tableau exact et vivant ; il s'est attaché surtout à les différencier des véritables persécutés avec hallucinations diver-

BIUM

ses. Par les nombreuses observations qui y sont recueillies, par les descriptions qu'il contient, ce travail constitue un apport important à une question qui, depuis, a reçu de plus amples développements ; mais à notre collègue appartient l'honneur d'avoir le premier donné une œuvre d'ensemble sur cet intéressant sujet de pathologie mentale.

Cette thèse fut très goûtée ; elle obtint une récompense de la Faculté de médecine, elle la méritait.

Avec des connaissances étendues en médecine mentale, notre collègue avait acquis à Vanves des notions pratiques et précises sur la direction et l'administration, sur la vie intime d'une maison de santé privée. Aussi se trouva-t-il prêt et bien armé lorsqu'il fut appelé à prendre possession de l'établissement de la rue Picpus.

Il se consacra tout entier à sa nouvelle tâche, portant de nombreuses améliorations dans sa nouvelle maison pour la mettre au niveau de ce qu'exige aujourd'hui le traitement des maladies mentales. Le dévouement à ses malades, les soins qu'il leur prodiguait, absorbaient tout son temps. Il ne manquait cependant jamais d'assister aux séances de notre Société, à laquelle il appartenait depuis 1888 ; il suivait avec intérêt nos discussions.

Nous aimions sa franchise, sa bienveillance, sa bonté, sa bonne humeur, son abord si franc et si ouvert. Sa brusque disparition est pour nous un véritable deuil, car nous perdons en lui un collègue estimé, un ami cher. Puissent ces témoignages sincères de notre estime et de notre affection apporter quelque adoucissement à la poignante douleur de la compagne de sa vie, de sa nombreuse famille.

Au nom de la Société médico-psychologique que vous aimiez comme une seconde famille, je vous adresse, mon cher collègue et ami, les suprêmes adieux.

©BIUM

Réflexions sur trois années d'expertises divisionnaires,

par M. PAUL VOIVENEL, médecin-major de 1re classe.

Nous avons déjà eu l'honneur, ici, de montrer l'évolution de la justice militaire dans le coin où nous avons vécu et où, d'accord avec le magistrat directeur, nous avons pu faire admettre comme troubles mentaux les troubles de l'émotivité et faire acquitter des délinquants sur un diagnostic de « *constitution émotive* » ou de « *peur morbide* » acquises.

Nous voudrions aujourd'hui résumer quelques *faits* et tâcher de donner une description pratique du *cadre* dans lequel ils se sont déroulés.

Les Faits. — Parmi les 35 copies de rapports médico-légaux que nous avons retrouvées :

a) *Les délits* se groupent ainsi :

Fugues	23
Ivresses et outrages	5
Ivresses, outrages et rébellion	1
Ivresses et refus d'obéissance	1
Ivresses et abandon de poste	1
Refus d'obéissance	1
Désertion à l'ennemi	1
Outrages	2
	35

b) *Les diagnostics* se divisent en :

Débilité mentale	15
Dégénérés impulsifs	5
Constitution émotive	6
Epilepsie	2
Commotion pure	1
Hystérie	1
Hystéro-épilepsie	1
Psychasthénie cholémique	1
Aliénés	3
	35

Ces trois aliénés étaient :

Un persécuté halluciné, envoyé directement sur un asile d'aliénés ;

Un dément précoce, envoyé sur un centre de psychiatrie qui l'expédia rapidement sur un asile ;

©BIUM

Un prédément précoce, envoyé sur un centre de psychiatrie pour examen prolongé et décision.

Sur ce cadre nosologique général, nous notons l'influence occasionnelle :

De *l'ivresse*	15 fois.
De *la fatigue*	10 —

Et comme colorations somatiques plus particulières :

1 basedowisme acquis ;

4 commotionnés (dont, nous l'avons déjà dit, 1 commotionné pur, sans prédisposition) ;

1 albuminurique chronique ;

1 hypothyroïdien à syndrome thyroïde marqué.

Cette revue, que nous voulons ici rapide, puisque nous avons l'intention de faire une description cinématographique, nous permet de voir, dès la première impression, qu'il n'y a rien de particulièrement nouveau.

D'abord l'influence prépondérante de l'hérédité. La dégénérescence, dans la plupart de nos observations, a fait le lit aux fatigues. Ajoutons, cependant, que nous avons toujours été très large dans l'appréciation du facteur dégénérescence.

Ensuite, *les fatigues* : *physiques* et *émotionnelles*, sur lesquelles il est inutile d'insister et dont les habitués de la médico-psychologie militaire avaient, déjà avant la guerre, souligné l'importance, disant : « Les caractères essentiels de la folie des militaires sont : du côté étiologique et pathogénique, une intervention du facteur hérédité moindre que celle des facteurs de débilitation inhérents à la vie militaire et agissant par le mécanisme de l'auto-intoxication. »

La guerre actuelle a souligné l'importance des troubles organiques acquis et montré que la psychiatrie n'est qu'une branche — la plus délicate d'ailleurs — de la médecine générale.

L'influence *de l'ivresse*, si fréquente dans l'étiologie occasionnelle du délit, s'explique par les deux facteurs précédents. Nous avons très fréquemment noté et nous n'avons jamais manqué d'attirer spécialement l'attention des juges sur ce sujet, que le soldat du front présentait une résistance très faible à l'action de l'alcool et *d'autant plus faible que la guerre se prolongeait davan-*

©BIUM

tage; ceci étant une preuve détournée de l'asthénie de certains délinquants, car on connaît la sensibilité particulière des asthéniques à tout poison.

Ici encore, *la fugue* est le délit qui domine de beaucoup :

23 sur les 35 observations, dont 9 *à répétition* :

4 cas	2 fugues.
2 cas	3 fugues.
1 cas	4 fugues.

Enfin : 2 *vagabonds constitutionnels* qui, sans la guerre, n'auraient jamais revêtu l'uniforme militaire. Un certain nombre de ces fugues (6) pourraient être appelées des *fugues négatives*. Ce sont celles où le délinquant ne fuit pas le régiment mais ne le suit pas. Fatigué ou émotionné, stuporeux parfois, il se couche, puis se cache à courte distance de l'endroit où il s'était couché.

Nous avons noté enfin trois cas de ce que nous pourrions appeler *la fugue en retour* : le soldat, légèrement obtus, soit par l'ivresse (2 cas), soit par une ivresse oxy-carbonée, dans un secteur à torpilles (1 cas), s'en va, puis, moins obtus, raisonnant, craignant d'être fusillé pour abandon de poste, cherche à se mettre à l'abri en filant le plus loin possible.

Nous avons retrouvé au Conseil de guerre, ainsi qu'au régiment, dans les réactions subpathologiques, deux tempéraments : le *sthénique* et l'*asthénique*, que nous retrouvons dans toute la psychiatrie d'ailleurs, où ils donnent aux psychoses leur formule réactionnelle.

Nous avons pu ainsi, avec M. Huot (1), résumant notre expérience psychiatrique et psychologique, écrire :

« L'*anormal*, toujours déharmonisé », plus ou moins intelligent, ne pourra pas maîtriser ses impulsions ou n'arrivera pas à tonifier son aboulie.

« Derrière la déficience héréditaire de la *présentification* », c'est-à-dire de l'adaptation rapide et souple au présent, nous retrouvons :

Soit la prédisposition au découragement;

Soit la prédisposition à la violence.

---

(1) Louis Huot et Paul Voivenel. *Le Cafard*. Grasset, éd., 1918.

©BIUM

Les manifestations morbides coexistent avec une intelligence assez vive chez les aphroniques.

Chez les autres, et ce sont les plus fréquents, elles se produisent sur un fonds de débilité mentale.

L'*asthénique réagit surtout par la fugue*; cette dernière survient :

Rarement après un stationnement aux tranchées;
Quelquefois, avant de monter en ligne;
Souvent à l'occasion d'une permission.

Le plus fréquemment après une attaque qui épuise rapidement ces organismes de basse tension.

Le *sthénique réagit* :
par le refus d'obéissance;
par les outrages;
par les voies de fait;
Exceptionnellement par la fugue; dans ce cas:

Sa *fugue positive* est bien organisée; il revient généralement de lui-même après avoir tiré sa bordée. Chez cet impulsif la femme est souvent la cause du délit.

Sa *fugue négative* est tantôt le résultat de son émotivité anormale, tantôt le résultat de sa déformation intellectuelle.

Ces sthéniques, détestables militaires, sont souvent de remarquables soldats, et nous en avons expertisés qui avaient des citations splendides.

Cette coloration des troubles neuro-psychiques par le tempérament, nous l'avons, encore et surtout, retrouvée, *à la limite du délit*, dans les très nombreuses consultations qu'à partir de fin 1916 nous avions à donner à l'instigation des chefs, qui nous demandaient notre avis : sur l'*aboulie*, *le changement d'attitude* de tel soldat, sur une *indiscipline* apparue chez un homme jusque-là normal, etc...

Les fatigues, les auto-intoxications, les hémorragies émotionnelles, les anaphylaxies émotives, se traduisaient, d'abord par les troubles de l'*affectivité* (que nous croyons être le trouble essentiel du début des intoxications) chez des hommes qui ressentaient ce qu'ils ont appelé « *le cafard* » que nous avons ainsi défini :

« C'est un état primitivement psychique puis organique, créé par la vie de tranchées, développé par la

©BIUM

monotonie et le surmenage émotionnel, laissant d'abord apparaître la tristesse, les obsessions : nostalgique, familiale, professionnelle ; puis une *sensation* de fatigue, ensuite un *état* de fatigue avec insomnie, inappétence, amaigrissement, anxiété, perte de la volonté : enfin un véritable état de confusion mentale qui *est déjà autre chose que le cafard.* »

Le Cadre. — Nous voudrions dire quelques mots rapides sur le cadre dans lequel les expertises se sont succédées.

Au début, les expertises mentales ont été rares. Dans l'éréthisme émotif du départ le sens critique diminué portait aux exagérations et gênait l'observation. On s'intoxiqua d'autorité. Il faut en effet de l'expérience pour être indulgent. Lorsque Larrey sauva à Bautzen la vie des mutilés de la main, il avait derrière lui toute son expérience guerrière.

— Les premières expertises bien faites firent peu à peu l'*éducation des juges*. Cette éducation commença par celle des *présidents* choisis généralement parmi les chefs de corps.

— L'éducation du *commissaire du gouvernement*, jeune, à compréhension labile, vierge d'idées ancrées, aida à l'action de l'expert, et c'est ainsi que nous avons eu la grande satisfaction de voir tous nos rapports acceptés sans discussion et d'avoir été pratiquement le maître de la peine.

Cette influence supérieure à notre position scientifique, nous l'avons obtenue à notre division en obéissant à certaines règles que nous vous donnons pour ce qu'elles valent :

1° *Le style :* Nous débarrassions nos rapports de tous les mots techniques et nous ne coupions pas les diagnostics en quatre.

Les termes neufs, jolis, peuvent chatouiller notre sensibilité nosologique mais gênent considérablement la compréhension des amateurs.

2° *Il faut des conclusions fermes, précises, pratiques.*

Nous n'avons évacué que trois clients. Les autres, nous les gardions au front, mais nous les faisions placer au train régimentaire, aux convois administratifs, à divers services. Nous indiquions même s'il fallait les

©BIUM

utiliser uniquement comme aide-cuistots ou sortes de bonnes à tout faire. Ils tenaient ainsi une place et libéraient un vrai combattant. Bien entendu, nous avons employé sans remords le mot *responsabilité*, car la clarté s'accommode parfois de certaines fautes grammaticales.

3° *Nous estimions les gendarmes*. Ces braves gens ont été trop critiqués. Ils étaient pour nous les cliniciens pot-au-feu de la prison. Quand ils nous disaient : « C'est un pauvre bougre mal fichu et qui fait tout ce que l'on veut » ou bien « c'est un bonhomme qui pourrait servir de tête à massacre à des gens moqueurs » ou encore « il ramasse tout ce qu'il trouve et le met dans sa poche » ou enfin « c'est un récupéré pris d'office », nous notions soigneusement, et nous étions très ennuyé quand nous ne tombions pas d'accord avec eux.

Nous y avons d'ailleurs gagné, chose inattendue, de ne pas voir de simulateurs (1). Ces braves gendarmes nous faisaient une réputation exceptionnelle, car on sait combien on considère comme intelligents les gens qui sont de votre avis ; et comme nous étions « toubib », et « comme nous aimions le soldat » et comme le gendarme disait que « le major n'était pas vache » et qu'il « n'aimait pas qu'on lui monte le coup », le poilu délinquant se confiait à notre honnêteté scientifique.

4° Enfin, *pas une seule fois* (et nous soulignons) même, pour les cas des troubles limités à l'affectivité — surtout pour ces cas, disons-nous — nous n'avons été en désaccord avec les *caporaux*. Et nous rendons ici, en passant, hommage à la justice des combattants ! Ils comprennent admirablement ce que la peur peut avoir de morbide et ils font le départ remarquablement précis entre la lâcheté et l'émotivité pathologique. Si bien que nous avons pu dire à une séance de la *Société de médecine légale* : « le diagnostic de peur morbide est un diagnostic de caporal ».

Nous tenons enfin, en terminant, à rendre hommage à l'homme dont le nom et l'œuvre ont continuellement dominé notre conduite, au vrai maître provincial qui

(1) Je dis : je n'ai pas vu de simulateurs. Je laisse à chacun la possibilité de dire que je n'ai pas su les voir.

©BIUM

nous a fait aimer la psychiatrie, à l'homme dont la guerre, une fois de plus, a montré la lucidité, les qualités d'observation si françaises et le grand cœur. J'ai nommé : le Professeur Régis.

DISCUSSION

M. ROUBINOVITCH. — M. Voivenel a relevé des stigmates dégénératifs chez la plupart des prévenus qu'il a examinés. Mais il serait intéressant de savoir quelle est la proportion des dégénérés par rapport au nombre total des délinquants et, autant que j'en puis juger parce qui s'est passé à Paris, nous ne sommes commis que dans un trop petit nombre de cas.

Je suis étonné que M. Voivenel n'ait pas observé de simulateurs. Pourtant la simulation n'est pas exceptionnelle chez les militaires délinquants. J'ai dirigé moi-même tout un service de simulateurs ; quelques-uns étaient très habiles. J'ai vu des simulateurs de crises épileptiques qui pensaient même à l'hyperthermie.

M. PACTET. — La simulation est d'autant plus intéressante à dépister qu'à l'abri de constatations médicales trop bienveillantes de mauvais sujets échappent à tout service.

M. VOIVENEL. — Mais je n'évacuais pas les sujets que j'examinais, à de rares exceptions près ; je m'efforçais au contraire de les faire affecter à un emploi qu'ils étaient capables de remplir.

M. PACTET. — Vos propositions à cet égard étaient favorablement accueillies ; il n'en est généralement pas de même.

La séance est levée à 5 h. 30.

Le secrétaire des séances,

P. JUQUELIER.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Classifaçao das creanças anormaes a parada do desenvolvimento intellectual e suas formas, a instabilitade e a asthenia mental (Classification des états anormaux, arrêts du développement intellectuel, leurs formes, instabilité et asthénie mentales). Dissertation pour le concours de professeur titulaire de psychologie et pédologie à l'École normale officielle de l'État de Pernambuc, par le Dr Ulysse Pernambucano. Broch. in-8°. Imprensa industrial Recife, 1918.

Comme pour toute thèse de concours, il ne s'agit point ici d'un travail original mais d'une mise au point très intéressante et très documentée de la question des enfants anormaux. Nous constatons avec plaisir que notre confrère brésilien ne s'est point laissé prendre au bluff de la kultur boche et que c'est chez les Alliés, et surtout en France, qu'il s'est documenté. Il a adopté la classification si judicieuse de Jules Voisin. Il signale comme cause d'arriération particulière au Brésil la maladie décrite par Chagas dans l'État de Minas Geraës. Pour évaluer le degré d'arriération, il a recours à la méthode de Montesario, basée sur la compréhension du langage parlé et de la mimique. Il rapporte quelques observations personnelles intéressantes sur les différents stades de l'arriération. Il cite un exemple curieux de génie partiel : un imbécile qui récite les noms de tous les députés de la Chambre brésilienne et des collèges qui les ont élus. Il préconise, comme nous l'avons fait jadis nous-même, des asiles-colonies à caractère médical pour idiots et imbéciles et des classes à type pédagogique prédominant pour les moins tarés. Ces classes ne devant avoir que 12 à 15 élèves au plus, on y pratiquerait surtout l'enseignement individuel.

Nous relevons dans le travail de Pernambucano un aphorisme que nous trouvons au moins risqué : « La guerre actuelle a discrédité la quinine comme agent antipaludéen. »

Sachons gré au gouvernement brésilien d'avoir confié une chaire de psychologie et de pédologie d'École normale à un aliéniste.

L. Wahl.

©BIUM

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Légion d'honneur. — Est promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur, M. le Dr Paul Sollier, médecin-major de 1re classe (territoriale), médecin chef des services de neurologie de la XIVe région.

Citations. — Nous avons encore à enregistrer les deux citations suivantes, obtenues par deux médecins aliénistes : la première, par notre dévoué collaborateur, M. le Dr Dupouy, et qui est ainsi libellée :

« Le général Ecochard, commandant la 51e division d'infanterie, cite à l'ordre de la division :

« M. Dupouy (Roger-Charles), médecin-major de 2e classe, 33e régiment d'infanterie. Au cours des journées des 10 et 11 novembre, s'est montré ce qu'il avait été toujours, l'homme de science, de devoir et de sacrifice. A assuré avec un zèle et un dévouement inlassables le transport rapide des blessés. S'est porté, sous le feu des mitrailleuses, jusqu'aux toutes premières lignes pour enlever les morts et leur donner une sépulture convenable. » (Troisième citation.)

La seconde, qui est aussi à l'ordre de la division, a été décernée à M. le Dr Dalmas, médecin adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron. Elle est ainsi conçue :

« Le médecin aide-major de 1re classe Dalmas (Louis), médecin de groupe. Le 15 juillet 1918, sous un bombardement ininterrompu de trente heures, a prodigué ses soins aux blessés avec un dévouement superbe et un courage qui a fait l'admiration de tous. A réalisé avec le plus grand calme l'évacuation des grands blessés, alors que la position menaçait d'être envahie par l'ennemi. »

Nous reproduisons, en outre, avec plaisir, les citations obtenues par les fils de deux de nos collègues. La première est celle du fils de notre collaborateur et ami le Dr Cullerre :

« Cullerre (Henry), médecin auxiliaire du 3e groupe du 177e régiment d'artillerie de tranchée. A montré beaucoup d'initiative et de dévouement dans la nuit du 1er au 2 sep-

©BIUM

tembre 1918, en portant spontanément secours aux militaires de la 5e compagnie du 63e R. I. T., victimes du bombardement par avions du bivouac de cette unité. »

La seconde est celle du fils de notre excellent collègue, M. le Dr H. Colin; elle est ainsi libellée :

« Le général Dauzan, commandant la division marocaine, cite à l'ordre des troupes de la division le militaire Colin (Pierre), maréchal-des-logis du 29e régiment d'artillerie de campagne. Jeune chef de pièce, très courageux. Grièvement blessé le 12 juin, tandis que le tir de barrage se déclanchait. » (Déjà cité.)

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le Dr Cestan, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à ladite Faculté.

Arrêtés ministériels d'octobre 1918. — MM. les Drs Cornu, médecin en chef de l'asile autonome de Bassens (Savoie); Tissot, directeur-médecin de l'asile d'Auch, et Guiaud, directeur de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), sont promus à la 2e classe de leur grade (7.000 francs);

M. le Dr Pélissier, médecin chef du quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes, est nommé directeur-médecin de l'asile de Lafond, près La Rochelle, en remplacement du Dr Mabille, décédé;

M. le Dr Coulonjou, directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon (Vendée), est nommé médecin chef du quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes;

M. le Dr Damaye, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé directeur-médecin de l'asile de La Roche-sur-Yon, placé dans la 4e classe de son grade (5.000 francs);

M. le Dr Jabouille, médecin adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 francs);

M. le Dr Albès, médecin adjoint de l'asile de Montpellier, est nommé médecin chef du même asile (place créée);

M. le Dr Terrien, médecin adjoint du quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes, est mis en disponibilité sur sa demande;

M. le Dr Daday, médecin adjoint, faisant fonctions de médecin chef de l'asile privé de Privas (Ardèche), est nommé médecin chef, dudit asile, et placé dans la 4e classe de son grade (5.000 francs).

©BIUM

Nécrologie.

Dr A. Vigouroux. — Auguste Vigouroux, médecin en chef de l'asile de Vaucluse, ancien président de la Société médico-psychologique et de la Société clinique de médecine mentale, trésorier de la Société anatomique, s'est éteint prématurément le 11 décembre 1918 : il était à peine âgé de cinquante trois-ans.

La douleur des siens est profondément ressentie par de nombreux amis, et notamment par tout le corps médical des Asiles de la Seine; mais, de plus, la disparition d'Auguste Vigouroux est une perte considérable pour la psychiatrie française.

Quelques instants avant le départ, vers le pays natal, du cercueil devant lequel nous apparaissait, dans toute sa cruauté, le vide que la mort venait de faire parmi nous, M. le Directeur des Affaires départementales à la Préfecture de la Seine, M. le Directeur de l'Asile de Vaucluse, M. le Dr Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique et M. le Dr Colin, secrétaire général de la Société clinique de médecine mentale, ont évoqué la vie, toute de travail, de devoir, de dévouement et d'abnégation du collaborateur, du collègue et de l'ami disparu. Ils ont retracé sa carrière de médecin d'asile qui fut d'un bout à l'autre un exemple; ils ont rappelé les plus marquants de ses travaux scientifiques; ils ont dit que, malgré sa santé menacée, Auguste Vigouroux avait au cours de la guerre continué son persévérant effort, jusqu'à l'extrême limite de ses forces. Et tous, comme cela devait être, ont trouvé les mêmes accents profondément émus, pour rendre le même hommage à l'homme de bien, modeste jusqu'à l'excès, bienveillant et inlassablement serviable en dépit de sa clairvoyance, à qui l'autorité morale était venue malgré lui, parce qu'indulgent aux autres; il se comportait dans les plus petits détails de l'existence suivant les principes de la plus rigoureuse droiture, et cela sans effort, aimablement, et surpris à l'occasion qu'on le remarquât.

C'est peut-être par ces qualités d'honnête homme que Vigouroux fut le plus efficacement un maître; et c'est du maître qu'il convient de dire encore un mot aujourd'hui après les hommages légitimement rendus au médecin et au savant.

Certes, nul n'était plus qualifié que lui pour instruire les jeunes internes qui se destinaient à la carrière des Asiles. Observateur minutieux et jamais blasé de la psychologie et des réactions des aliénés, possédant à fond les meilleurs ouvrages de ses devan-

©BIUM

ciers, et ayant lu tous les autres, au courant de toute les choses nouvelles de la psychiatrie, de la neurologie, de l'histologie et de la médecine légale, il accumulait, dans son service et dans son laboratoire, avec une compétence absolue, les documents nécessaires à la préparation des travaux auxquels il associait si volontiers ses élèves. En lui, le médecin de premier ordre ne le cédait en rien à l'aliéniste : la plupart de ses œuvres en témoignent, et ceux qui suivaient sa visite quotidienne en étaient rapidement convaincus. Toutefois, trop modeste pour prendre jamais l'allure didactique ou le ton de la conférence, Vigouroux ne livrait d'abord ce qu'il savait que par petites touches, par indications brèves et cependant précises qui fixaient le détail essentiel. Si, le service fini, il organisait, à la demande des internes de Vaucluse, de fréquentes réunions où l'on examinait en commun les malades difficiles et où l'on discutait de leur observation, c'était pour laisser la parole aux élèves ; et il n'intervenait que par sa critique finale, à la fois bienveillante et sûre.

Mais son autorité lui venait de quelque chose de plus que de sa grande valeur scientifique. Chaque jour, on le voyait à l'œuvre, et progressivement, il forçait l'attention, puis imposait l'estime et l'affectueux respect : soit par sa patience auprès des aliénés réticents ou hostiles, soit par son souci du bien-être des incurables (quel enseignement moral et professionnel que sa visite minutieuse au pavillon des gâteux !), soit par sa manière de pratiquer la psychothérapie des convalescents, soit encore par le scrupule qu'il apportait à la rédaction des observations ou des certificats. C'est ainsi qu'il enseignait à la fois la psychiatrie et le métier attirant et décevant de médecin d'asile ; et, depuis 1901, les travaux du service et du laboratoire de Vaucluse se succédaient sans interruption. Les meilleurs furent sans doute ceux que le maître préparait et rédigeait lui-même. Des autres, le sens et la portée variaient selon la tournure d'esprit du collaborateur du moment; mais tous se recommandent par l'absolue probité des documents utilisés.

Ces travaux sont trop nombreux pour qu'on tente ici d'en établir la liste, et comment procéder à un choix? Devenu depuis quelques années l'un des experts les plus appréciés des juges parisiens, Vigouroux se proposait d'utiliser après-guerre sa riche collection d'observations médico-légales ; et à ce propos, ne le retrouve-t-on pas tout entier dans le soin qu'il apporta à publier *Responsabilité pénale et folie*, l'œuvre pour laquelle Paul Dubuisson lui avait demandé sa collaboration, mais dont tout le poids devait retomber sur lui.

Bien qu'interrompue en plein essor, la carrière d'Auguste Vigouroux fut belle et des mieux remplies. Parmi tous ceux

©BIUM

qui le regrettent, nous nous faisons ici plus particulièrement l'interprète des élèves dont il fut l'éducateur indulgent et bon, et dont il restait le guide aimé et sûr : celui à qui l'on s'adressait en toute confiance, pour être réconforté aux heures lourdes, et parfois absous.

P. JUQUELIER.

Des quatre discours prononcés devant son cercueil, nous reproduisons les deux derniers, prononcés par les collègues de notre ami bien regretté.

Discours de M. le Dr ANT. RITTI
au nom de la Société médico-psychologique.

Un deuil des plus cruels vient de frapper douloureusement la Société médico-psychologique. L'impitoyable mort a choisi parmi nous une nouvelle victime — la troisième dans l'espace de quelques mois — notre excellent collègue, le Dr Vigouroux, qui faisait partie de notre Compagnie depuis vingt-cinq ans, dont nous appréciions tous la vive intelligence, les connaissances étendues, la profonde sagacité clinique et la rare délicatesse morale.

Vigouroux, fils de médecin, suivit la carrière paternelle. Ses études médicales furent brillantes. Dès 1889, à peine âgé de vingt-trois ans, il fut nommé au concours interne des asiles de la Seine; deux ans après, il concourut brillamment pour l'adjuvat des asiles d'aliénés, et fut nommé médecin adjoint de l'asile d'Evreux, qu'il ne quitta que pour être placé à la tête d'importants services dans les établissements de la Seine, d'abord à la Colonie de Dun-sur-Auron, puis à l'asile de Vaucluse.

Dans les différents postes qu'il a occupés, notre regretté collègue a fait preuve d'une grande ardeur au travail, ne reculant devant aucune tâche, cherchant sans cesse à augmenter son savoir en clinique et en anatomie pathologique des maladies mentales, dévoué à ses malades, plein de bienveillance pour les infortunés confiés à ses soins.

Son activité scientifique, aussi intéressante que féconde, peut être donnée en exemple. Dès sa thèse inaugurale, il aborde un sujet original, l'étude de la résistance électrique chez les mélancoliques. A l'aide de nombreures observations, d'expériences faites avec le plus grand soin, il démontre que l'augmentation de la résistance électrique est un symptôme commun à tous les états mélancoliques, et constitue par suite un signe d'une réelle valeur, surtout dans certains cas de simulation.

La tendance de son esprit portait notre collègue surtout vers les études anatomo-pathologiques, ainsi qu'à l'application des

©BIUM

procédés modernes d'analyse humorale à la clinique des maladies mentales. Cette double méthode devait être entre ses mains très féconde et le conduisit à d'intéressants résultats.

Dans une première série de travaux — dont certains très récents — qu'il a publiés sous forme de communications à notre Société, ou bien sous forme d'articles dans divers recueils scientifiques, il s'est particulièrement attaché à l'étude des troubles psychiques provoqués par les lésions organiques de l'encéphale, soit tumeurs cérébrales, méningites, ou autres. Il a ainsi fourni à la science des documents anatomiques et cliniques, à tous égards très précieux, remarquables par l'exactitude dans l'observation objective, comme pour la réserve et la rigueur dans l'interprétation des faits observés.

Dans une autre série de travaux, d'une importance égale aux précédents, Vigouroux, qui suivait de près le mouvement des idées contemporaines sur l'étiologie et la pathogénie des délires transitoires, s'est appliqué à une étude patiente des rapports qui relient les troubles mentaux passagers aux insuffisances rénale et hépatique. Ainsi qu'on pouvait l'attendre d'un esprit comme lui, habitué à une stricte analyse clinique, « il a bien mis en lumière la diversité d'allure et d'évolution des symptômes, commandés chez les malades par la variété et la complexité des poisons pathogènes ». Cette appréciation si juste est due à notre collègue, M. le Professeur Dupré, chargé de faire le rapport sur la candidature de Vigouroux à la place de membre titulaire de notre Société, demeurée vacante par suite de la mort de notre regretté maître et ami, le Dr Jules Falret.

Les recherches dont je viens de faire connaître l'esprit et les résultats ne détournaient pas Vigouroux des questions non moins importantes de psychologie pathologique. C'est ainsi qu'il a étudié le délicat problème de l'état mental des aphasiques, la psychologie pathologique du délire systématisé. Ces fines analyses médico-psychologiques furent très goûtées, comme l'ont été celles qui fourmillent dans cet excellent volume sur la contagion mentale, que Vigouroux a publié en collaboration avec notre distingué collègue, M. le Dr Juquelier, et où la question est admirablement mise au point. Ce n'est pas le moment d'analyser cette savante monographie dans laquelle on ne sait ce qu'on doit apprécier le plus, de l'érudition, aussi vaste que sûre, qui lui sert en quelque sorte de support, ou de la manière, claire, nette et précise, dont les faits sont exposés pour arriver à une démonstration aussi scientifique que possible de ce curieux phénomène de la contagion mentale, qui n'est, comme le prouvent les auteurs, qu'un des modes de l'imitation, l'imitation involontaire.

Pendant son internat à l'asile Sainte-Anne, Vigouroux avait

©BIUM

été attaché au service du Dr Paul Dubuisson. Il s'établit entre le maître et l'élève un lien de cordiale sympathie que resserrait encore une communauté d'idées philosophiques ; il était en outre un auditeur fervent et assidu du cours de médecine légale des aliénés que son chef de service professait avec tant de succès à l'Ecole de droit. Dubuisson désirait couronner sa longue carrière de médecin légiste par un ouvrage destiné aux médecins et aux magistrats ; il lui suffisait pour cela de coordonner les principes généraux que lui avait suggérées sa grande expérience des aliénés criminels, et montrer, par des observations choisies parmi ses innombrables rapports, les applications pratiques de ses conceptions théoriques. Il prit pour collaborateur son ancien interne, à qui il avait réservé la partie clinique de l'ouvrage ; malheureusement, cette collaboration fut interrompue par la maladie et la mort du maître. Vigouroux ne crut pas devoir laisser inachevée cette œuvre capitale, pensée de toute une vie de labeur et de recherches ; il réunit les documents épars, les classa avec soin, et publia ce volume, d'une lecture si attachante, intitulé : « Responsabilité pénale et folie. Etude médico-légale ».

Au milieu des discussions, qui existent de longue date et qui durent encore, sur la question de l'irresponsabilité des aliénés, ou sur leur responsabilité atténuée ou partielle, cette œuvre apporte, je ne dirai pas un terrain d'entente, mais une direction autre à nos recherches, à nos discussions. La responsabilité n'y est plus basée avec un principe métaphysique, mais sur un fait positif, l'intimidabilité. De ce fait positif découlent des principes nouveaux en médecine légale, qui guideront un jour, les auteurs l'espèrent, et les magistrats et les médecins experts. Dans tous les cas, la pensée de Dubuisson, grâce à Vigouroux, nous reste, et, d'après l'opinion de mon savant ami, le professeur Lacassagne, cette pensée « peut supporter le contrôle des ans. La mort n'y mord, comme disait Clément Charot ».

Dans ces dernières années, notre regretté collègue s'était livré à une lecture attentive et répétée du théâtre de Shakespeare ; il avait été frappé, comme maints aliénistes, de l'intérêt qu'il présente au point de vue de la clinique mentale. Son admiration pour le génial dramaturge anglais en fut accrue. Il l'étudia donc encore de plus près, et cette étude lui suggéra l'idée de prendre tous les troubles mentaux décrits par lui et de leur appliquer une étiquette conforme à nos connaissances actuelles. Ce travail, personne n'était en état de le faire mieux que lui ; il avait approfondi cette science de la psychologie morbide, qui lui permettait de trouver dans les faits pathologiques si bien décrits par Shakespeare l'équivalent de ce qu'il avait observé dans ses services. Ce qui prouve que le grand

©BIUM

Anglais, s'il était un génial dramaturge, n'était pas moins un rare observateur de la nature humaine, normale et morbide.

La Société médico-psychologique, dans laquelle Vigouroux ne comptait que des amis, l'appela à la présidence pour l'année 1914. Cette présidence, interrompue en juillet de la même année, ne fut reprise qu'en 1916. Mais notre collègue avait été, sur sa demande, mobilisé dans un centre neurologique à Bourges, il ne put que bien rarement venir s'asseoir au Bureau et diriger nos travaux. Au terme de sa présidence, il nous envoya le discours qu'il devait prononcer pour l'installation du bureau de 1917. Il y flétrissait les crimes de nos barbares ennemis et l'orgueil démesuré de leurs savants. Jamais, il n'eut le moindre doute sur le succès final des troupes alliés ; sa joie fut profonde à la nouvelle du succès de nos armes et de la paix par la victoire.

La vie de notre cher et regretté collègue a été bien remplie : ses travaux occupent une place des plus distinguées parmi ceux qu'a produits notre spécialité depuis un quart de siècle ; son inaltérable bienveillance, son zèle et son dévouement dans les services hospitaliers qui lui furent confiés, lui attirèrent l'estime de ses chefs et même, ce qui est plus rare, la reconnaissance de ses malades.

Puisse l'expression sincère des regrets de la Société médico-psychologique, dont je suis ici l'interprète attristé, apporter quelque adoucissement à l'immense douleur de la compagne de sa vie et de tous les siens. Le deuil qui les frappe est aussi le nôtre, car nous perdons en Vigouroux un de nos membres les plus distingués, les plus dévoués, les plus aimés.

Discours de M. le Dr Colin, au nom de la Société médicale des asiles de la Seine et au nom de la Société clinique de médecine mentale.

Au nom de la Société médicale des asiles publics d'aliénés de la Seine, au nom de la Société clinique de médecine mentale dont le Dr Vigouroux était le président en 1914, je viens m'incliner une dernière fois devant celui qui fut un de nos meilleurs collègues et l'un de mes plus chers amis.

Au milieu de nous, Auguste Vigouroux personnifiait en lui la conscience éclairée, la loyauté, le devoir. Fils d'un médecin qui, pendant cinquante ans, s'était prodigué à soulager les souffrances qui l'entouraient et dont la mémoire est restée vénérée dans la partie du Berry où il exerçait, neveu d'un autre médecin que nous avons tous connu à la Salpêtrière, Vigouroux tenait à l'Auvergne par ses origines paternelles, au Niver-

©BIUM

nais par sa mère. Il appartenait à ces régions du centre de la France qui, dans la guerre atroce qui vient de finir, nous ont donné de si rudes soldats. Il avait de nombreuses attaches militaires dans sa famille même, et les deuils ne lui ont pas été épargnés puisqu'il a perdu pour la France son beau-frère et des cousins qui portaient un nom bien connu. Le patriote qu'il était, confiant dès le premier jour dans la victoire de son pays, aura eu au moins, avant de mourir, la joie de voir cette victoire se réaliser.

Il y avait du reste contribué de toute la force de ses moyens. En 1914, malade, affaibli, à peine remis d'une cruelle atteinte du mal qui devait l'emporter, Vigouroux, bien que dispensé par l'âge, tint à reprendre du service; il fut attaché au Centre de Neurologie de Bourges où, pendant trois années, il accomplit un labeur acharné, malgré la fatigue, malgré la maladie, malgré les conseils affectueux de ses collègues qui l'engageaient à se reposer.

Tout dernièrement encore, il maudissait l'état précaire de sa santé; il tenait à guérir, pour pouvoir, disait-il, donner à la Patrie toute l'activité qu'elle était en droit de réclamer de ses fils après les effroyables épreuves de ces dernières années. Car il croyait à la toute-puissance de la médecine, il avait un culte pour son art sans qu'aucune trace de scepticisme vînt effleurer sa foi.

D'une bienveillance extrême, d'une modestie charmante, il était toujours disposé à s'effacer, toujours enclin à concilier les intérêts contraires, mais, lorsqu'il s'agissait de lui-même, l'homme du devoir reprenait le dessus et jamais il n'estimait avoir assez fait.

C'était un tendre, un affectueux, toujours prêt à accourir au secours de ses amis, toujours préoccupé des siens auxquels j'adresse, en notre nom à tous, l'hommage de notre respectueuse et profonde sympathie.

Clinicien averti, travailleur infatigable, d'une probité scientifique impeccable, d'une science très sûre et très étendue, il a laissé une œuvre considérable que le secrétaire général de la Société médico-psychologique, M. le Dr Ritti, vient de vous résumer. Il a fait plus, il a laissé de nombreux et brillants élèves auxquels il prodiguait les trésors de sa bonté et de son savoir, qui l'entouraient d'une affection profonde et qui conserveront pieusement son souvenir.

C'était un noble caractère, un honnête homme au sens latin du mot, et, pour résumer toute ma pensée dans l'éloge qui, j'en suis certain, lui eût été le plus sensible, je dirai simplement de Vigouroux : à l'exemple de son père, à l'exemple de son oncle, ce fut un médecin.

Dr Armentaire Courjon. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Armentaire Courjon, chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Lyon, médecin aide-major de 1re classe, décédé des suites d'une affection contractée dans son service.

Armentaire Courjon a fait ses études de médecine à la Faculté de Lyon; il y a passé le concours d'externat et d'internat des hôpitaux. A la fin de son internat, il s'est présenté à l'adjuvat, au concours de 1910, et a été reçu à titre privé. Trois ans après, en 1913, il fut nommé au concours chef de clinique des maladies mentales de la Faculté de Lyon. A la déclaration de la guerre, il fut mobilisé comme médecin aide-major au 13e bataillon de chasseurs alpins; pendant vingt-six mois il fit campagne dans les Vosges et en Alsace : il fut cité à l'ordre du jour de la division alpine. Fin novembre 1915, appelé comme spécialiste dans une ambulance divisionnaire, il n'y resta que quelques mois. En effet, en février 1916, il fut attaché au Centre d'armée neuro-psychiatrique d'Epinal. Dans ce nouveau poste, qu'il occupa pendant plus de deux ans, il fit preuve d'un dévouement au-dessus de tout éloge. Malheureusement, il fut atteint, fin juillet 1918, d'une grippe avec congestion pulmonaire; après plusieurs semaines, il entra en convalescence et obtint un congé. C'est pendant son congé qu'il fut pris d'un pseudo-rhumatisme infectieux avec endocardite, à la suite duquel il succomba le 15 septembre 1918, à l'âge de trente-cinq ans.

Notre confrère laisse à tous ceux qui l'ont connu le souvenir d'un médecin dévoué, d'une belle intelligence, d'un grand travailleur. Il dirigeait avant la guerre la revue de « L'Enfance anormale », qui occupait une place distinguée dans les périodiques. Nous adressons à sa famille nos sincères sentiments de douloureuse sympathie.

Prix de l'Académie de Médecine

L'Académie de Médecine a tenu sa séance annuelle le mardi 10 décembre 1918, sous la présidence de M. Hayem, président. M. Debove, secrétaire perpétuel, a prononcé l'éloge de V. Magnan. Nous regrettons vivement de ne pouvoir, par suite des restrictions qui nous sont imposées, reproduire ces pages éloquentes qui rendent un hommage public si mérité à notre savant et regretté collègue et ami.

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

Prix Baillarger. — 2.000 francs. — Deux mémoires ont été présentés.

©BIUM

L'Académie décerne le prix à M. le Dr A. Rodiet, médecin en chef de la Colonie familiale des aliénés de la Seine, à Dun-sur-Auron : *De l'organisation des asiles publics d'aliénés de la Seine après la guerre.*

Une mention honorable est accordée à MM. les Drs P. Puillet et L. Morel, de Paris : *Le bain somnifère. Son emploi en médecine mentale.*

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : *L'hémiplégie cérébelleuse.*

Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à M. Joseph Thiers, de Paris.

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

L'Académie décerne le prix à M. le Dr Stéphen Chauvet, de Paris : *L'infantilisme hypophysaire.*

Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Fernand Netter, médecin-major de 2e classe, détaché à l'Infirmerie centrale des prisons de la Seine, à Fresnes : *L'épilepsie généralisée consécutive aux traumatismes de guerre cranio-cérébraux.*

Prix Henri Lorquet. — 300 francs. — Un mémoire a été présenté.

L'Académie décerne le prix à MM. les Drs P. Blum, professeur à l'Ecole de médecine de Reims, et J. Poisson, de Paris : *La désertion devant l'ennemi.*

Prix Sabatier. — 600 francs. — Douze mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à M. le Dr André Leri, de Paris : *Commotions et émotions de guerre.*

Prix Vernois. — 800 francs. — Cinq mémoires ont été présentés.

L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, et René Giroux, interne des hôpitaux de Paris : *La cocaïne, son trafic. Etude d'hygiène sociale.*

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les sujets de prix pour les années 1919, 1920 et 1921. Les *Annales* ont publié les questions relatives à la médecine mentale et nerveuse pour les deux premières années (V. les numéros de janvier 1917, p. 136, et janvier 1918, p. 168); voici celles proposées pour 1921 :

Prix du baron Barbier. — *Anonymat facultatif. — Partage autorisé.* — 2.000 francs. (Annuel.)

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 : *Traitement de l'épilepsie traumatique.*

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

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

Prix Henri Lorquet. — *Anonymat facultatif. — Partage interdit.* — 300 francs. (Annuel.)

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

Prix Magnan. — *Anonymat obligatoire. — Partage interdit.* — 3.500 francs. — Question : *Alcoolisme et criminalité.*

Un nouvel agrégé de la faculté de médecine de bordeaux

On lit dans *Paris médical* (numéro du 16 novembre 1918) :

M. le Dr Charles Perrens vient d'être institué agrégé (section des maladies mentales) auprès de la Faculté de Bordeaux pour une période de neuf ans à partir du 1er novembre 1918.

Au concours de 1914, M. le Dr Abadie avait été nommé agrégé (section des maladies mentales) après les plus brillantes épreuves.

Comme il avait été institué agrégé antérieurement pour la section de pathologie interne et médecine légale, laquelle comprenait, au moment où il fut nommé, toute la pathologie interne, l'objection avait été formulée qu'il ne pouvait pas se présenter à ce nouveau concours.

Mais la nouvelle section ouverte aux seules maladies mentales ne devait-elle pas être considérée comme une section absolument indépendante de la section de pathologie interne, d'autant que le terme « maladies mentales » n'y avait jamais été nominativement désigné, alors qu'y figurait celui de « médecine légale » ? Les avis étant partagés sur cette interprétation délicate, le Dr Abadie posa la question au ministère de l'Instruction publique, qui l'autorisa officiellement à se présenter. Il subit donc les épreuves du concours et, proposé en

©BIUM

première ligne par le jury, fut nommé agrégé des maladies mentales.

Le Conseil d'Etat s'est déclaré d'une opinion opposée à celle du ministre de l'Instruction publique, et annula purement et simplement la nomination du Dr ABADIE.

La nomination d'un autre agrégé des maladies mentales s'imposait fatalement. Le Dr Charles PERRENS avait subi les mêmes épreuves que le Dr ABADIE et il avait été proposé en seconde ligne par le jury après des épreuves, disait en substance le procès-verbal, des plus remarquables, et qui faisaient également honneur aux deux candidats en présence.

Ancien interne de PITRES, élève de RÉGIS et d'ANGLADE, le Dr PERRENS a laissé où il a passé, et notammment dans le concours des Asiles, le souvenir d'un brillant candidat et d'un esprit original.

Il est toutefois permis de regretter l'erreur dont est victime son concurrent. Il se peut que « pour la forme » sa nomination soit discutable; il n'empêche que « sur le fond » il a gain de cause, car il fut classé en tête d'un concours particulièrement disputé et assura à la Faculté le service de psychiatrie. Aussi, malgré l'arrêt du Conseil d'Etat, le Dr ABADIE peut être considéré comme le premier agrégé des maladies mentales à la Faculté de Bordeaux.

DÉCRET RÉGLANT LA SITUATION DES DIRECTEURS ADMINISTRATIFS D'ASILES D'ALIÉNÉS NON TRIBUTAIRES DE LA CAISSE DES RETRAITES DÉPARTEMENTALES.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 3 décembre 1918.

Monsieur le Président,

Une ordonnance du 18 décembre 1839 a institué des directeurs administratifs d'asiles publics départementaux « sous l'autorité du ministre de l'Intérieur et des préfets » (art. 1er).

Aux termes de l'article 3 de l'ordonnance précitée, les directeurs sont nommés par le ministre de l'Intérieur, directement pour la première fois et, pour les vacances suivantes, sur une liste de trois candidats présentés par les préfets.

Des décrets successifs dont les deux plus récents sont du 10 avril 1911 et du 29 octobre 1913, ont fixé la situation de ces fonctionnaires quant aux traitements et avancement de classe.

Toutefois, comme la plupart des règlements des caisses de retraites départementales n'admettent, dans la liquidation de la pension éventuelle ou pour l'établissement du droit à pension,

©BIUM

les services extérieurs du département que si l'intéressé compte aussi des services rendus à ce département, il peut se produire qu'un directeur d'asile nommé tardivement ne puisse être tributaire de ladite caisse et acquérir ni laisser de droits à pension.

Par suite, à aucun moment ce directeur ne pourra être admis à faire valoir ses droits à la retraite. Dans ces conditions, il m'a paru qu'il conviendrait, tant dans l'intérêt du fonctionnaire qu'il faut mettre à l'abri d'une décision arbitraire de congédiement, que de l'administration qui ne peut conserver un chef de service auquel la vieillesse ou la maladie ne permet plus de continuer ses fonctions, de préciser, par un texte spécial, la situation faite aux directeurs qui se trouveraient dans de telles conditions.

Il y a lieu, d'autre part, de dispenser les directeurs administratifs d'asiles, qui justifieraient de leur inscription à une caisse de retraite autre que celle du département, du versement à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse ou à toute autre caisse quelconque.

C'est dans ce but qu'a été préparé le projet de décret ci-joint et, si vous en approuvez les dispositions, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien le revêtir de votre signature.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838;

L'ordonnance du 18 décembre 1839;

Les décrets des 6 juin 1868, 4 février 1875, 19 octobre 1894, 9 février 1910 et 10 avril 1911;

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux des services administratifs;

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur;

Décrète:

Art. 1er. — Dans les cas où les règlements départementaux ne permettraient pas aux directeurs administratifs d'asiles d'aliénés, en raison de l'âge auquel ils ont été nommés, d'être tributaires de la caisse des retraites départementale, ces fonctionnaires resteront en fonction sans limite d'âge.

Toutefois, en dehors des motifs légitimes de révocation, il pourra encore être mis fin à leurs fonctions, pour cause d'invalidité physique ou morale.

Dans ce cas, cette invalidité devra être établie dans les formes suivantes :

Si l'impossibilité d'être maintenu en fonction résulte d'un

©BIUM

état d'invalidité morale inappréciable pour les hommes de l'art, la situation est constatée par un rapport de ses supérieurs dans l'ordre hiérarchique.

Si l'impossibilité de servir est le résultat de l'invalidité physique, la décision doit être appuyée indépendamment des justifications ci-dessus, d'une attestation d'un médecin désigné par l'administration et assermenté qui déclare que le fonctionnaire est hors d'état de continuer utilement l'exercice de son emploi.

Art. 2. — Les directeurs administratifs d'asiles qui justifieraient de leur inscription à une caisse de retraite autre que celle du département, seront dispensés du versement à la Caisse nationale des retraites pour la vieillesse ou à toute autre caisse quelconque.

Art. 3. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 3 décembre 1918.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Un médecin-major tué par un aliéné. — On lit dans *le Temps* (numéro du mardi 29 octobre 1918 :

« Un soldat frappé de folie ayant grièvement blessé deux de ses camarades, au cantonnement de Ramerupt (Aube), on appela le médecin-major Allanche, pour leur donner ses soins. Le médecin fut attaqué, à son tour, par le dément, qui tira sur lui plusieurs coups de revolver. Atteint de deux balles, le Dr Allanche tomba foudroyé. »

Dans son numéro de jeudi 31 octobre, *le Temps* a complété ce fait douloureux ainsi qu'il suit :

« Le soldat qui a, ainsi que nous l'avons annoncé, tué, dans un accès de folie, le major Allanche, est un déserteur d'un régiment de tirailleurs marocains. Pendant quatre jours, l'assassin a semé la terreur dans toute la région du camp de Mailly. Outre le médecin militaire, il a tué dans les champs successivement une femme, un sergent et un soldat. Une patrouille de cuirassiers l'ayant cerné dans un bois, il fit feu sur elle et tua encore un brigadier et blessa un cavalier. Il a été à son tour abattu par la patrouille. »

TRIBUNAUX

Infirmier condamné pour meurtre d'un aliéné. — On lit dans le *Petit Journal* du vendredi 1er novembre 1918 :

« La cour d'assises de la Seine a condamné à deux ans de prison l'infirmier de l'asile de Villejuif, Valentin Labdouche, qui, dans la nuit du 13 juin, au cours d'une ronde, s'est jeté sur un hospitalisé du nom d'Eugène Cutays, en proie à une crise d'épilepsie, et l'a assommé avec un instrument contondant.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire.

La Société médico-psychologique, dans sa séance du lundi 30 décembre 1918, a déclaré vacantes deux places de membre titulaire. Les candidats sont priés d'adresser leurs titres et travaux à M. le Secrétaire général de la Société, avant la séance du lundi 24 février, où sera nommée la Commission chargée de les examiner.

Prix pour l'année 1920.

La Société a, en outre, décidé que la prochaine distribution des prix aura lieu à la séance d'avril 1920. Les prix à décerner sont les suivants :

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).

---

(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 mon-

©BIUM

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 de 1915 à 1919, dans les Facultés de Médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1919, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Ant. Ritti, Secrétaire général de la Société médico-psychologique, 68, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société ; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les nom et adresse des auteurs.

---

tant 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. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

L'ENFANCE DU DÉBILE INTELLECTUEL

RÉACTIONS ANTISOCIALES DU DÉBILE INTELLECTUEL EN FONCTION DE LA DÉBILITÉ INTELLECTUELLE

Par le Dr André COLLIN

Ancien chef de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Paris.

Le terme de débile mental désigne, dans le langage psychiatrique actuel, une catégorie de malades qui ne sont ni des idiots ni des imbéciles, mais dont les facultés intellectuelles sont insuffisantes d'une façon quelconque, cette insuffisance pouvant porter sur toutes les branches de l'activité psychique.

Nous nous proposons d'étudier dans ce vaste groupe les enfants qui se font remarquer par l'insuffisance de leur intelligence proprement dite, à savoir la faculté d'établir des rapports entre les phénomènes.

Ann. méd.-psych., 10e série, t. XI. Mars 1919. 1. 6

©BIUM

Ce diagnostic peut être très précocement établi ; à quelques variantes près les sujets qui sont atteints de débilité intellectuelle ont un caractère commun nettement différenciable ; tous leurs actes antisociaux se ressemblent par la façon dont ils sont accomplis.

Le débile intellectuel se présente comme un individu congénitalement incapable de réfléchir. Si l'on cherche dans Littré la définition du mot réfléchir on trouve ceci : Réfléchir, c'est comparer deux idées entre elles.

Quelles que soient ses autres qualités intellectuelles, l'infirmité du débile consiste en ce fait qu'il est incapable de faire ce genre de travail d'esprit.

Nous allons suivre l'évolution intellectuelle de l'enfant depuis les premières manifestations de celle-ci jusqu'à l'entrée en apprentissage ; étudier sa manière d'être dans la famille et à l'école ; suivre ses étapes neuro-psychiatriques de la naissance à cet âge ; établir la différence entre les autres qualités de son esprit et ses capacités à réfléchir. Nous montrerons l'empreinte constante et uniforme que cette infirmité imprime à tous ses actes.

Nous chercherons ensuite à montrer comment se différencie la débilité intellectuelle d'autres états plus graves d'insuffisance de développement mental, idiotie et imbécillité, des états de déchéance intellectuelle, démence, cependant que nous indiquerons quelles doivent être les causes d'erreur à éliminer pour apprécier à sa juste valeur la débilité intellectuelle.

Évolution neurologique et psychique du débile intellectuel.—Une série d'anomalies dans le temps se rencontrera d'une façon constante dans l'établissement des fonctions motrices, sensitives et intellectuelles de ces enfants.

D'importants stigmates physiques ne guideront point notre examen ; il n'est pas habituel de les observer, et, lorsqu'ils se rencontrent, leur présence est contingente.

Dans 60 0/0 des cas le développement de ces enfants est retardé. Ils marchent tard, ils parlent tard, mettent leurs dents tard ; ils urinent au lit bien au delà de l'âge normal où physiologiquement il est permis de le faire. Les réflexes oculaires propres au premier mois, les réflexes du dos de pied qui cessent à 6 mois persistent chez eux plus longtemps que de coutume dans bien des cas.

Plus rarement leur développement est précoce, toutes leurs fonctions s'établissant plus tôt que pour la moyenne ; parfois enfin leur développement est dysharmonique, et il n'est pas rare de voir la marche, la parole, la dentition apparaître à des époques inaccoutumées, extrêmement tôt pour les uns et tard pour les autres.

Ces notions d'évolution étant acquises, les premiers symptômes qui permettront d'affirmer avant deux ans la débilité intellectuelle du sujet seront fournis par l'étude *du jeu* et l'établissement de *la fonction langage*.

Auguste R., âgé de deux ans et trois mois, est amené par sa mère à la consultation en 1914 pour incontinence d'urine. L'observation nous apprend que c'est un débile intellectuel par la seule façon dont il joue, c'est-à-dire dont il dirige son activité spontanée et dont il parle.

Agité sans turbulence cependant, il ne peut rester sur les genoux de sa mère ou sur sa chaise. Trop de choses sollicitent un instant son intérêt qu'elles ne sauront captiver longtemps.

Tous les objets usuels sur la table ont été soupesés par lui, déplacés et replacés sans qu'aucun d'entre eux ait été capable de l'amuser longtemps. Il ne fait aucune différence entre un coupe-papier et un morceau de papier ; il essaie de froisser l'un comme il faisait de l'autre, et ne paraît pas surpris de n'arriver à rien.

©BIUM

A la maison, dit sa mère, il est incapable de jouer ni même de rester seul ; il faut toujours être avec lui ; il est entouré de ses jouets, il les prend et il les repose à côté de lui sans regarder l'un plus que l'autre, ou bien il les frappe contre le sol pour faire du bruit.

Il est affectueux, câlin et obéissant.

Auguste a un certain nombre de mots à son service, mais il ne prononce encore aucune phrase complète. Son langage qui est assez net se différencie de celui des autres enfants par plusieurs points.

Il n'est pas arrivé à employer le pronom « je » à bon escient. Il parle à peine de lui en employant le mot bébé qu'il accole parfois à un autre mot, répétant à peu près intégralement la phrase qu'il a entendue, bébé dodo, bébé lolo. C'est ainsi qu'il ne peut séparer les mots du pronom possessif avec lesquels il les entend prononcer le plus souvent : Ta chaise, ton joujou, ton bol.

Enfin il est incapable de reconnaître un objet usuel, si celui-ci n'est pas absolument semblable à ceux dont il a coutume d'être entouré. Si la table, la chaise, le lit de la pièce où il se trouve ne sont pas absolument semblables à ceux qui meublent la pièce où il vit d'habitude, il ne peut les nommer.

Trois ans et demi : sa manière de jouer n'a pas changé. Il pousse indistinctement tous ses jouets dans un sens donné, il les frappe sur le sol comme il faisait l'année précédente, il ne peut rester seul.

Son langage s'est à peine modifié. Un plus grand nombre de phrases est à son service, mais on pourrait dire qu'aucune n'a été construite par lui.

Il n'est capable de faire aucun raisonnement par analogie, si simple et si erroné soit-il. Plusieurs fois il s'est brûlé le bout du doigt en l'approchant de la bougie. Tout dernièrement encore il s'est brûlé à la

lampe, alors qu'on était arrivé à lui apprendre à ne pas toucher à la bougie. Il continue à appeler « papa » tous les hommes.

Jamais il ne pose une question. Jamais il ne forme un féminin ou un pluriel par analogie. Sa sœur disait une pomme « crute », par analogie avec une pomme cuite. Il a mis longtemps à apprendre le féminin de cru et l'a toujours dit correctement lorsqu'il l'a su. Il déforme peu les mots qu'il a appris et toujours passivement sans ajouter quoi que ce soit au mot et sans chercher à le plier aux exigences de sa pensée.

Sa sœur a entendu prononcer le mot carafe, n'a pu le retenir, et le lendemain en voyant l'objet a crié d'après la fonction de l'objet le mot « caverse ». Elle a entendu employer le mot croûton et mitron; pour elle mitron par analogie désigne la mie de pain.

Six à huit ans : quelques notions nouvelles sont venues enrichir sa mémoire; aucune modification ne s'est faite dans sa façon de jouer, de parler. Il continue toujours à harnacher son cheval comme son père le lui a montré il y a deux ans; il l'attelle toujours à la même chaise. Sa sœur l'a attelé déjà à tous les meubles, et en arrivant au lit elle lui a adjoint un mouton pensant que c'était plus lourd. Rien dans les manifestations de l'activité psychique d'Auguste ne peut rappeler cette façon de procéder.

Cependant Auguste a appris des fables, il les récite volontiers; son entourage commence à croire que son intelligence et son initiative se développent. Il n'en est rien. Il sait des fables, il a appris à faire une révérence, et immuablement, lorsqu'il est prié de réciter ce qu'il sait, il commence et finit par une révérence et débite des vers avec un masque immuable où seule sa bouche remue. Il apprend tout avec une extrême facilité, et lors des inspections scolaires son maître le fait briller mieux

©BIUM

qu'aucun de ses camarades; il donne de bonnes réponses sur la table de multiplications, les sous-préfectures, les capitales d'Europe. Il est souvent classé premier. Si l'on compare cette observation que nous avons pu suivre à celles d'autres enfants que nous avons examinés, on retrouve chez tous ces débiles intellectuels la même constante : Impossibilité de réflexion, absence totale d'intérêt. Les débiles intellectuels ne posent pas de questions sur ce qu'ils voient; une chose, si capable soit-elle d'amuser les autres enfants, ne peut les atteindre si elle n'a déjà été vue par eux, si on ne leur en a point fait remarquer encore le côté drôle, et ce qui doit faire rire. R. D., amené au cirque, reste impassible devant les entrées comiques des clowns; mais à la sortie son père réédite une plaisanterie habituelle bien connue de lui, elle amène le même rire et la même réponse. De cette impossibilité constitutionnelle qu'ils ont à réfléchir, il résulte que ce n'est que beaucoup plus tard que chez les autres enfants qu'ils prennent ce mode de raisonnement par associations verbales, par analogie superficielle qui chez ceux-ci est transitoire et qui chez les débiles reste définitif. Ils continueront à classer les phénomènes sur leurs caractères les plus superficiels et les plus contingents. Une enfant de cinq ans demande à sa mère si la neige qui est blanche comme le sucre est sucrée aussi ; à dix ans le jeune R. D. pose la même question.

Ils sont incapables de raisonner, même d'après les formes les plus défectueuses du raisonnement, et ils masquent, petit à petit, cette indigence intellectuelle par le nombre de choses, que, volontairement ou involontairement, ils ont apprises et qu'ils appliquent à plus ou moins bon escient.

Il semble chez certains d'entre eux que les données sensorielles ne subissent aucune modification et que leur psychisme, comme un miroir, se borne à refléter ce

qu'il a vu sans le déformer, sans l'embellir, sans le modifier. R. D., tournant dans la salle de consultation à huit ans, prend et soupèse tout ce qui est à sa portée, se bornant à traduire la sensation qu'il éprouve : c'est long, c'est noir, c'est gros, c'est brillant, et sa mère venait nous apprendre qu'il avait été la veille félicité à l'école pour ses notes d'histoire et de géographie, qui l'avaient fait classer premier en interrogation.

De même que le miroir reflète fidèlement l'image, de même, lorsque directement on ne sollicite point un effort que spontanément ils ne peuvent fournir, se contentent-ils d'enregistrer les données de leurs sens. Tout les attire et rien ne les retient. Ballottés de-ci de-là par la multiplicité des impressions sensorielles qu'ils ne cherchent pas à grouper et dont ils ne cherchent pas à tirer parti, ils prolongent pendant toute leur existence la période sensitive du jeune enfant qui additionne sans autre travail les données que lui fournissent ses sens. C'est ainsi qu'en prolongeant cette période sensitive ils prolongent indéfiniment la période de crédulité de l'enfant, acceptant sans contrôle ce qui leur est dit, pourvu qu'ils aient été séduits par le récit ou influencés par les qualités que le narrateur peut avoir à leurs yeux. L'on conçoit que les mobiles sentimentaux, sans qu'ils puissent être jamais ni critiqués ni refrénés, soient les seuls mobiles de leurs décisions. Leur travail de raisonnement et de réflexion inexistant ne modifie pas leurs désirs. Ceux-ci les poussent à agir dans tel ou tel sens, et, suivant la forme de leurs désirs, leur activité, leurs tendances, leur caractère ou leurs aptitudes, ils se présentent différemment, répondant à des types en apparence dissemblables chez lesquels on retrouvera cependant toujours la même constante psychologique.

Ils disent ce que bien d'autres, maîtres de soi, se contentent de penser, ils ne tiennent pas compte des

©BIUM

enseignements qu'ils devraient tirer de la vie en commun et n'ont point de pudeur à faire montre de ce qu'ils savent, de ce qu'ils possèdent, non plus qu'à dire ce qu'ils reprochent à autrui; et de même qu'en cas de débilité motrice associée, leur cerveau est inapte à inhiber leur réflectivité tendineuse, leurs syncinésies, de même est-il incapable de refréner et de critiquer la valeur de leurs désirs et de leurs sentiments.

Aussi bien leur vanité pourra-t-elle très facilement s'extérioriser et, de ce fait, se faire juger infiniment plus grande que chez la majorité des individus. Elle s'étale avec complaisance, elle porte sur les faits et les objets les plus banals que leur mince intelligence leur permet d'apprécier, elle s'offre à tout venant, et dans l'observation d'un débile intellectuel c'est bien le premier et le plus net phénomène qui attire l'attention.

L'ingénuité avec laquelle ils font savoir qu'ils peuvent tout faire rend aussitôt suspecte leur critique. Mais il semble bien que l'immensité de leur vanité se révèle ainsi non pas tant parce qu'ils sont sur ce point très différents des autres, mais parce qu'ils osent la montrer sans pudeur.

Leur langage offre des particularités toujours assez semblables à elles-mêmes.

Nous avons vu le long laps de temps qui s'écoule pour eux entre le prononcé des premiers mots et le prononcé des premières phrases qu'ils sont forcés de construire et qu'il ne leur suffit pas de répéter. L'intonation, la forme, les rapports du langage et de la pensée donnent à leur conversation un aspect particulier qui, souvent, est le premier indice permettant d'amorcer le diagnostic.

L'intonation est terne, la plupart des débiles aiment à parler et parlent beaucoup. Leur voix a peu d'inflexions, et si elle a une modulation particulière, c'est quelque

©BIUM

souvenir d'école ou de pays natal qui marque l'accent ici plutôt que là. Quelques intonations apprises tombent parfois à faux et donnent une note discordante et inattendue.

La partie supérieure du visage est immobile, et quelles que soient les minauderies dont s'accompagnent ou non les mouvements de la bouche, celle-ci seule est en mouvement, contrastant avec l'immobilité des muscles frontaux.

Le choix de l'expression est dicté par les lectures qu'ils ont pu faire et au cours desquelles ils ont retenu des phrases ou des termes qui les ont séduits. Leurs formules de politesse, exagérées par leur désir de plaire et d'être écoutés, sont grandiloquentes : un jeune malade du service de notre maître Chaslin ne commençait ses phrases que par des mots analogues à ceux-ci : « J'ai le très grand honneur de soumettre à Messieurs les docteurs et à Monsieur le surveillant... J'ai eu l'honneur de prier ces dames infirmières... » Il émettait de très vagues idées de persécution contre des messieurs et des dames préposés à cet effet.

Ils semblent toujours craindre d'être très imparfaits lorsqu'ils emploient une locution simple habituelle. Le choix du mot n'est nullement guidé par le sens qu'il peut avoir, mais parce qu'il leur semble s'écarter du commun et même devoir faire comprendre et embellir ce qu'ils énoncent. Cette recherche de la forme compliquée se retrouve dans leur écriture, ornée de majuscules entourées de traits de plumes nombreux et diversement tracés en pleins et déliés. Leur désir de briller d'une façon bien personnelle se donne libre cours dans la confection de leur signature savamment ornée de fioritures multiples.

Rapports du langage et de la pensée. — Ils tiennent peu compte du sens habituel des mots, et leur désir

©BIUM

d'employer les mots qui leur paraissent les plus beaux leur fait négliger complètement le sens qu'ils doivent avoir et les empêchent de tenir compte de ce qu'ils doivent définir.

Un avocat de nos amis nous a communiqué l'une des lettres quotidiennes qu'il reçoit d'un de ses clients au sujet d'un très banal et très mauvais procès :

« J'espère, enfin, que les arguments précis et nombreux qu'un labeur acharné me permit tous ces jours de mettre en faisceaux serrés seront étalés devant le prétoire par l'organe puissant et autorisé de votre voix séduisante, qu'ils permettront à la justice, dame Thémis, de jeter un œil clairvoyant dans cette bouteille à l'encre. Justice sera faite, que justice se fasse. »

L'indigence de leurs pensées les force à avoir recours à toute une série de locutions habituelles et de proverbes qui viennent émailler leur discours, et ces locutions, employées par eux, s'adaptent plus mal encore à chaque cas particulier.

La mère d'un enfant que nous avons examiné, et de laquelle il nous à été impossible d'obtenir un renseignement valable, reproche à son enfant sa paresse. Fixant un point dans l'espace et secouant son enfant par le bras, elle lui fait de la morale :

« Il vaut naturellement mieux faire envie que pitié, et je sais bien que chaque pays fournit son monde; mais il faut travailler pour être libre; la liberté est le premier des biens, et s'il n'apprend pas ses leçons et ne fait pas ses devoirs il ne pourra gagner sa vie ; comme on fait son lit on se couche. »

Tantôt enfin, comme l'a fait remarquer le professeur Joffroy, la conversation se fait par embranchements, par pures associations verbales, sans que le sens des mots et des phrases choisies semble entrer en ligne de compte.

Il n'y a plus qu'un pas à franchir pour arriver au langage psittacisant. Ils le franchissent souvent lorsque, pour une raison quelconque, ils se laissent entraîner à parler davantage.

Un obsédé se faisait soigner à la consultation du Pr Gilbert-Ballet. C'était un instituteur, débile intellectuel éparpillé. Il se laissait aller parfois à parler politique. « Le régime républicain est le régime des illusions individuelles, et je me suis aperçu du point de vue individuel de la base de la lutte des idées. »

Le langage n'établit pas pour eux de rapports entre les idées.

Lors des inondations, une débile intellectuelle vint annoncer que, dans sa cave, il y avait 2 mètres d'eau. « J'en avais jusqu'au-dessous du genou. » On essaye de lui montrer que cela fait 50 centimètres. « Oh ! oui, mais tant d'eau que cela, tout le monde dit 2 mètres d'eau, cela fait bien 2 mètres. »

Suivant le groupement, la diversité de leurs qualités intellectuelles, de leur caractère, encore que cette impossibilité de réflexion persiste d'une façon constante et fondamentale chez chacun d'eux, les débiles intellectuels se présentent sous trois types principaux : les *éparpillés*, les *raisonneurs*, les *apathiques*.

Chacun de ces types, au point de vue familial, scolaire et médico-légal, se comporte différemment.

L'éparpillé. — Lorsque le caractère du débile intellectuel est sociable, aimable ; lorsque des quantités de choses sollicitent son intérêt, sans que l'une plus que l'autre puisse retenir son attention ; lorsque sa vanité, son désir de paraître, d'attirer sur lui l'attention de l'entourage par ses récits et ses faits et gestes, l'incitent à donner libre cours à toutes ses fantaisies qu'aucune force psychologique ne pourra inhiber, le jeune débile éparpille ses forces et ses talents.

©BIUM

Nous avons observé un garçon de quinze ans maintenant, dont les premières années se sont écoulées comme celles des enfants dont nous avons rapporté l'observation.

A six ans, il passait son temps dans la cour de l'usine, dont ses parents étaient directeurs, à emprunter pendant quelques instants à tous les menus incidents de la vie journalière une passagère raison de déployer son activité. Lorsqu'un fournisseur apportait quelque objet, il le suivait d'une porte à l'autre et attendait qu'il fût redescendu des étages supérieurs pour lui faire la même conduite à la porte de sortie, sans rien dire et sans prendre intérêt à ce qu'on apportait. Si, dans l'intervalle, un autre fait de la même importance survenait, il quittait son poste d'observation pour suivre un ouvrier pendant quelques pas, pour courir après un chien. Jamais il ne recherchait pour jouer les enfants de son âge, pas plus qu'il n'essayait de jouer seul; il attendait une raison d'être occupé empruntée à l'activité des autres pendant quelques instants. Quelques mots répétés à propos, le plaisir qu'il avait à recevoir de tout venant une friandise ou une caresse, sa facilité à retenir les noms des hôtes habituels, le faisaient tenir pour être particulièrement bien doué, et son entourage ne pouvait s'apercevoir qu'il était absolument incapable de faire un effort d'intelligence quelconque.

Ses débuts à l'école lui permirent de briller quelque temps au début de chaque nouvelle étude. Il apprit un peu de musique, un peu de dessin; mais après quelques mois, lorsqu'on fût en droit de croire qu'il allait continuer à donner des satisfactions et qu'il allait persévérer dans son étude, qui commençait à lui demander un travail personnel, il dut l'abandonner. Doué d'une excellente mémoire et de nombreuses aptitudes, il allait dans chaque étude aussi loin qu'il était possible de le faire

sans avoir à employer le moindre effort de réflexion.

Son humeur excellente, à l'école et à la maison, le rendait content de tout et de tous. Il se mêlait, à tort et à travers, à toute conversation, donnant son avis, parlant beaucoup ; mais aucun des propos qu'il tenait ne présentait un intérêt quelconque.

Étant donné que l'évolution intellectuelle doit tendre à corriger un concept mal établi par un concept mieux établi en comparant des idées entre elles, son intelligence n'évolua pas. Il resta au stade infantile où se juxtaposent les images ; il accumula des connaissances, mais ses progrès rapides s'arrêtèrent lorsque l'âge fut passé qu'on lui apprît tout et lorsqu'il devint enfin nécessaire qu'il s'instruisît lui-même par l'observation et la comparaison des phénomènes mêmes les plus simples qui l'entourent.

Ces qualités d'esprit se retrouvent sans aucune modification à d'autres âges ; chacun doit alors se rendre à l'évidence et perdre l'espoir de voir les années amener quelque modification heureuse dans la forme de leur raisonnement.

Une dame, actuellement âgée de soixante ans, a toujours été une débile éparpillée. Elle reconnaît implicitement que ses progrès intellectuels se sont arrêtés au jour de sa sortie de pension, c'est-à-dire au moment où on a dû cesser de lui apprendre des choses nouvelles sous forme de leçon. Elle a fait installer le téléphone chez elle, mais répugne à s'en servir parce que de son temps tout allait aussi bien et l'on ne se servait pas de cet instrument. Elle se refuse à mettre sur les adresses le numéro des arrondissements parce que de son temps on n'apprenait que les sous-préfectures. Brillante mondaine, elle ne peut rester seule, elle cherche un interlocuteur pour occuper toutes les heures de sa journée. Elle est peu difficile sur son choix.

©BIUM

Vaniteuse, elle fait à tout propos étalage de sa fortune et défend avec ardeur des théories communistes. Entêtée, instable, indécise, elle agit sous le désir impérieux du moment. Elle est d'une méfiance exagérée et tient rigoureusement sous clé les moindres provisions chez elle. Cependant, elle oublie un journal en descendant d'un tramway, elle confie, pour retourner à sa recherche, une valise à un passant, et lorsqu'elle revient, quelques instants après avec le journal, ce passant a disparu. Toute explication lui est suffisante ; pourvu qu'on lui en donne une, elle se montre satisfaite. On fait tourner des tables devant elle par de grossiers artifices. Elle demande des explications de ce fait, qui l'a vivement intéressée. C'est scientifique, lui est-il répondu. Le soir même, elle écrit à une amie avec enthousiasme : « J'ai vu tourner des tables, et j'ai compris pourquoi c'est scientifique. »

Très musicienne, très au courant des pièces nouvelles et des romans récemment parus, elle est recherchée dans les endroits où elle fréquente pour son amabilité et sa faconde.

Le débile éparpillé n'évolue pas ; il ne cherche pas à s'isoler du monde extérieur dont il a besoin pour donner un aliment toujours renouvelé à ses pensées ; il recherche le cliquetis des conversations et la multiplicité des impressions sensorielles pour bercer le vide de son intelligence, il ne peut rester livré à lui-même, ne trouvant aucun intérêt à sa propre compagnie. Il ne s'appesantit pas davantage sur ses propres sentiments que sur les données de ses sens, qui viennent à chaque instant orienter son activité vers de nouvelles et éphémères occupations.

Le raisonneur. — Tout différent d'aspect est le débile intellectuel raisonneur. S'il est bien entendu que toute réflexion lui est au même titre que le précédent inter-

dite, au moins échafaude-t-il des raisonnements caducs pour servir la cause de ses sentiments et de ses tendances. Alors que l'éparpillé ne vit que par les sensations que lui fournit le monde extérieur, le raisonneur s'isole et se concentre sur lui-même, tout occupé qu'il est à interpréter ce qu'il voit d'après ses désirs ou ses tendances qui, constitutionnellement et par entraînement progressif, deviennent de plus en plus égocentriques. Rien d'autre ne l'intéresse que de penser à lui, et c'est avec les pauvres moyens dont il dispose qu'il interprète ses sentiments qu'aucun contrôle intellectuel ne modifie ou ne refrène. Dès son enfance, alors que son développement au cours des dernières années a donné lieu aux mêmes remarques que pour l'éparpillé, il se tient à l'écart, sa méfiance le met en garde contre chacun, et son incapacité de réfléchir lui fait à tort et à travers, au caprice de ses sentiments et suivant sa crédulité, tenir pour vraies ou fausses nombre de choses qu'il pense être telles sans qu'il ait fait aucun effort pour s'en assurer.

L'apathique. — L'apathique n'attire que fort peu l'attention sur lui. Sans désirs, sans ambition, sans que ni les données de ses sens, ni ses sentiments ne le fassent agir avec quelque intérêt, il passera des journées entières à jouer avec des enfants de trois, quatre, cinq ans plus jeunes ; jamais il ne prendra la direction du jeu, il se laisse conduire par le plus actif de la bande, et nous avons vu des apathiques de quatorze à quinze ans passer des heures à faire des tas de sable ou à pousser des billes en compagnie d'enfants que leurs mères gardaient dans les squares.

(*A suivre.*)

©BIUM

NOTE

SUR

DEUX CAS FRUSTES DE PSYCHOSE

" PAR ÉCLATEMENTS D'OBUS "

OBSERVÉS DANS UN CORPS DE TROUPE

Par René TARGOWLA,

Médecin auxiliaire au ...e régiment d'artillerie coloniale.

Les cas légers d'états émotionnels sont d'observation fréquente dans les corps de troupe (1). Leurs manifestations sont peu intenses, atténuées en quelque sorte, et l'évolution est prompte vers la guérison. Les différentes phases décrites par les auteurs se confondent plus ou moins et, en quelques jours, le malade, qui n'a jamais quitté son unité, peut reprendre son poste de combat.

Nous avons recueilli récemment, dans le régiment

(1) Cette note, rédigée dans un poste de secours du secteur de Reims en janvier 1918, avant que nous ayons eu connaissance du livre de M. André Léri, *Commotions et émotions de guerre*. Paris, Masson et Cie, édit., 1918, nous a amené, en ce qui a trait à la fréquence relative des émotions et des commotions du champ de bataille, aux mêmes conclusions. La commotion est rare, et les circonstances qui la réalisent entraînent, le plus souvent, la mort de l'homme. (C'est d'ailleurs, dans les services de chirurgie qu'il faudrait chercher les commotionnés vrais, autant peut-être que dans les centres neuro-psychiatriques. Les récentes discussions sur le shock traumatique, à la *Société de Chirurgie* [séances des 26-27 novembre 1918] sont, à ce sujet, très intéressantes.) Mais

auquel nous sommes attachés, deux observations de ce genre qui nous ont paru mériter d'être rapportées.

Obs. I. — C'est, en réalité, l'auto-observation d'un de nos camarades, le médecin aide-major R... Il avait installé son poste de secours non loin d'une batterie et s'y trouvait, le 8 août 1917, avec son infirmier, lorsque la batterie fut violemment prise à parti par l'ennemi. A ce moment, un officier dont la sape était voisine vint causer quelques instants avec lui, puis le quitta. Il s'étendit sur son lit, s'entretenant avec l'infirmier et comptant les obus qui tombaient. Il avait remarqué qu'ils arrivaient par salves de quatre, deux gros et deux petits, dont un shrapnell. Soudain, un gros obus vint exploser tout près de l'abri et l'infirmier observait que le suivant paraissait en retard lorsqu'un vrombissement se fit entendre, suivi d'un roulement terrifiant, « comme celui d'un express vous passant à toute vitesse au-dessus de la tête. » « Ce fut, dit R..., un instant de terreur folle. » Il perçut ensuite un choc; le sol trembla et un bruit épouvantable de ferraille retentit, semblable à celui d'un énorme paquet de tôles qui s'écroulerait. Des matériaux s'éboulèrent; une poutre, en tombant, lui rabattit le casque sur les yeux et il fut contusionné au bras et à la jambe droite. Quelque temps, il resta inconscient. Une sensation de fraîcheur au visage le ranima : la case avait été éventrée. Aussitôt, il se rend compte de la situation, se tâte, constate qu'il n'est pas blessé. Il appelle son infirmier, mais l'homme ne répond pas. Il pense : « il est mort », et se hisse hors de l'abri par la brèche qu'avait faite l'obus. Il écoute un court moment si de nouveaux sifflements ne se font pas entendre; puis se rend dans un poste à quelque distance du sien (bien

---

le terme « commotion » est plus familier aux médecins et frappe davantage l'esprit du malade; celui-ci, le plus souvent, ignore son émotion et, surtout, son rôle lui échappe. D'autant plus que les circonstances mêmes de l'accident font songer dès l'abord à une étiologie commotionnelle. Mais, ainsi que l'a bien démontré M. Léri et que nos constatations nous l'avaient indiqué, de ce que le malade s'est trouvé au voisinage d'un point de chute, il ne s'ensuit pas fatalement qu'il y a commotion cérébrale. Notre obs. II est à cet égard pleinement démonstrative; dans des conditions à peu près identiques, au milieu de circonstances plus favorables mais en l'absence du facteur émotionnel, un premier accident n'avait déterminé, chez le malade, aucun symptôme morbide.

©BIUM

qu'il y en eût un plus près, mais moins solide), où il attend la fin du bombardement. La période d'inconscience avait été courte, on n'avait pas eu le temps de venir à son aide ; toutefois, il se souvient que la fumée de l'explosion était dissipée lorsqu'il revint à lui. On peut l'évaluer à une ou deux minutes.

Lorsqu'il quitte la position, il est parfaitement calme. Cependant, il a un mouvement de frayeur et est pris de tremblements en passant devant son abri démoli. Ultérieurement, à plusieurs reprises, le même phénomène se reproduira, mais de plus en plus affaibli. Il voit son commandant, le colonel, refuse de se faire évacuer et se rend à pied, péniblement, aux échelons de combat situés à quelques kilomètres de l'arrière. Il est lucide, mais ne se rappelle pas, dit-il, ce qui s'est passé entre la visite de son camarade au début du bombardement (dont il a un vague souvenir) et le moment de son retour à lui sous la caresse du vent, dans le poste de secours effondré.

Le soir, il ne mange pas. Il souffre de la tête et de ses contusions ; il est pris de violents tremblements, se plaint du froid. Dès que le sommeil commence à l'envahir, des sifflements d'obus, des roulements d'express le dressent sur son lit, l'oreille tendue.

Les jours suivants, l'anorexie, la céphalalgie, la fatigue intellectuelle persistent. Il existe une légère paresse de l'idéation, de la mémoire, de l'attention. Les troubles vont toutefois en décroissant. Il a des illusions auditives : dans le bruit des feuilles il croit entendre des sifflements d'obus. Progressivement, l'anxiété s'atténue. Les nuits deviennent également moins pénibles ; la quatrième nuit après l'accident, les hallucinations ont entièrement disparu. L'amnésie, amnésie lacunaire par défaut de reproduction, régresse peu à peu et, chose curieuse, bien que ne portant que sur un temps très court, une quinzaine de minutes au plus, elle suit rigoureusement la loi de Ribot. R... se rappelle successivement la visite de son camarade, avoir décidé de compter les obus, l'ordre dans lequel ils arrivaient, le nombre de ceux qui étaient tombés avant son accident : 44. Ensuite, les circonstances elles-mêmes de l'accident lui reviennent à l'esprit, et dans le même ordre : le retard apparent de l'obus, le roulement de chemin de fer, puis le bruit de tôles, et en même temps ses sentiments, l'épouvante qui s'est emparée de lui. Le retour de ces souvenirs à la conscience se fait très régulièrement dans l'ordre chronologique, les plus anciens d'abord.

Très énergique, R... reprend son service au bout de quelques jours. Les seules séquelles de la « commotion » consistent en une impressionnabilité plus grande qui n'a pas encore complètement disparu. « Je n'ai plus, dit-il, la confiance que j'avais dans ma chance. »

Pas de symptôme de lésion organique.

Notons, pour terminer, qu'il est « nerveux, d'un caractère un peu inquiet, susceptible, et que sa mère a présenté quelques troubles de nature névropathique ». En outre, il avait, lorsqu'il fut « émotionné », des préoccupations pénibles d'ordre personnel qui ont certainement contribué à le mettre en état de réceptivité.

Il faut encore remarquer qu'il avait eu en montant l'impression vague « qu'il lui arriverait quelque chose », inquiétude sans fondement particulier, mais aggravée par la nécessité de vivre jour et nuit sous la menace constante du danger. Il s'y ajoutait l'anxiété justifiée que lui causait son poste de secours, abri d'une protection illusoire, situé dans une zone continuellement battue par la grosse artillerie ennemie. C'est l'exaspération de cette anxiété au moment du bombardement qui, arrivant à son apogée avec le dernier obus, détermina le choc émotif.

On retrouve dans cette observation la triade symptomatique des états émotionnels : asthénie neuro-psychique, hyperémotivité, suractivité imaginative. Il n'y a pas de phase confusionnelle à proprement parler, mais, à l'abri, l'excitation immédiate tombée, un état subaigu s'installe qui, d'ailleurs, rétrocède avec une grande rapidité et n'est jamais très intense. Quelques jours après l'événement, R... ne note plus qu'un mouvement de frayeur et un léger tremblement en revoyant son poste de secours. Et ce n'est plus ensuite que cette vague impressionnabilité que seule révèle une autoanalyse serrée.

Il y a lieu de noter que l'amnésie s'étendait à toute la période émotionnelle, à toute la durée du danger et uniquement à elle. C'est une forme un peu spéciale de l'amnésie lacunaire dans les états émotionnels.

©BIUM

Obs. II. — Le maréchal-des-logis L..., trente-quatre ans, se trouvait soumis le 13 octobre 1917, avec sa batterie, à un bombardement violent, lorsqu'un ordre l'oblige à sortir, à regret, de son abri; il aperçoit un canonnier qui lui apportait un papier et se dirige vers lui. A ce moment, entendant venir un obus, il s'accroupit. L'obus éclate devant lui et le projette à un ou deux mètres de là, étendu sur le dos, incapable de se relever seul. Pendant trois heures il reste obnubilé, saisissant comme dans un brouillard ce qui se passe autour de lui. Il reprend conscience progressivement et demande des nouvelles de l'homme qui était avec lui. On lui répond qu'il est sauf, bien qu'en réalité il ait été broyé par l'obus. L... ne s'en était pas rendu compte. Le soir, il ne peut manger. Il se couche, mais des sifflements et des éclatements d'obus, des roulements de locomotive sur son abri le tiennent éveillé. A deux reprises ses camarades doivent le recoucher de force; il croyait entendre des obus et voulait aller s'abriter dans une sape plus solide. Nous le voyons le lendemain aux échelons de combat. Il se plaint de céphalée, d'étourdissements, d'absences; il a la sensation que tout est brouillé dans son cerveau, ne se rappelle pas, prétend-il, les heures qui suivirent l'explosion et n'a même qu'un vague souvenir de son délire de la nuit. (Cependant cette observation n'est que la transcription de son récit.) Il tressaille au moindre bruit; son facies est anxieux et hébété. Le pouls est instable, la voix basse et monotone. A la nuit, quand il se couche, tout tourne autour de lui et, plusieurs heures durant, il est tenu en éveil par des roulements de locomotive passant et repassant à toute vitesse au-dessus de sa tête, au milieu d'arrivées et d'éclatements d'obus. Rapidement d'ailleurs, en quelques jours, ces symptômes s'atténuent; les maux de tête, la courbature, les vertiges diminuent, les hallucinations hypnagogiques s'affaiblissent, la lacune de la mémoire se réduit, l'appétit revient. Il part en permission six jours après l'accident et reprend son service au retour.

Nous n'avons noté aucun trouble des réflexes.

L... est un nerveux. Il paraît avoir une hérédité assez marquée, sur laquelle, du reste, il est impossible d'obtenir des précisions. Il a dix frères et sœurs, presque tous « nerveux » aussi. C'est un vieux serviteur, sous-officier sans grande valeur, qui a passé treize ans aux colonies. En 1906, il aurait eu une typho-malaria grave, s'accompagnant de délire. En avril dernier, il avait déjà été renversé par l'éclatement d'un obus, mais

n'avait présenté à la suite aucune manifestation morbide. L'éclatement s'était produit pendant qu'il dirigeait le tir de sa pièce et il n'avait pas perçu l'arrivée du projectile.

Remarquons, en passant, que la promesse d'un certificat d'origine de blessure eut une action évidente sur la disparition des symptômes. Pour ce sous-officier rengagé, une blessure, équivalant à une annuité, présentait un certain intérêt.

Ici encore le syndrome est classique. Il est complet, la phase confusionnelle existe, quoique peu intense. Mais les symptômes sont faiblement accentués, s'effacent très rapidement et après quelques jours tout est rentré dans l'ordre.

Les phénomènes d'apparence commotionnelle qui perturbent le tableau clinique légèrement, sont, selon toute vraisemblance, en rapport avec la chute. Il ne semble pas qu'ils suffisent à caractériser un des états mixtes décrits par Mairet et Piéron (1).

Il s'agit donc de cas bien nets d'états émotionnels, offrant, esquissant plutôt, les grands traits du syndrome (2). Les manifestations en sont faibles, comme atténuées, et l'évolution accélérée se fait normalement vers la guérison, avec *restitutio ad integrum*. Elle est d'ailleurs progressive, les symptômes s'affaiblissent peu à peu et disparaissent, de telle sorte que ces malades présentent, en somme, un véritable résumé, un schéma de la psychose ; mais ils ne sont pas profondément atteints.

Si l'on recherche les conditions dans lesquelles elle se déclare, on est amené à concevoir les raisons de cette heureuse éventualité. Incontestablement, la prédisposition existe : hérédité, constitution émotive, etc. Mais,

(1) Mairet et Piéron. Le syndrome émotionnel. *Annales médico-psychologiques*, avril 1917.

(2) Cf. J. Rogues de Fursac. *Manuel de Psychiatrie*. 5e édit., F. Alcan, Paris, 1917, p. 462-490.

©BIUM

parmi les facteurs personnels, il faut faire place à une sorte de coefficient du moment ; or, nos malades ne se trouvaient pas dans l'état d'épuisement intense de l'homme bombardé depuis de longues heures, parfois des journées, ou soutenant des luttes atroces, vivant en quelque sorte dans l'horreur même. Ils sont « en forme », au moins d'une façon relative. De plus, le danger pour eux, artilleurs, est monomorphe ; c'est l'obus. L'état émotionnel est donc bien moins complexe que chez l'individu « commotionné » en première ligne, ou dans une attaque. L'emprise de la psychose s'en trouve diminuée, le coloris du délire moins riche et l'on peut ainsi s'expliquer que les manifestations soient réduites, à la fois en nombre et en vigueur, l'évolution rapide.

Gilbert Ballet et M. Rogues de Fursac (1) ont montré dans le mécanisme étiologique de l'affection le rôle capital de l'émotion. Mais l'émotion-choc n'agit pas seule ; elle intervient au milieu d'un complexus émotionnel, dans un champ d'émotions secondaires de même nature qu'elle, et que l'on retrouve dans toutes les observations : visions pénibles, arrivées d'obus, scènes de bataille, etc. Ce sont ces émotions ou, si l'on veut, ces facteurs d'émotions qui vont alimenter le délire. Tous les auteurs (Milian (2), G. Ballet et J. Rogues de Fursac, Jean Lépine (3), etc.) ont insisté sur ce fait que les hallucinations sont des phénomènes de représentation mentale anormalement vive. Le délire, dit Milian, « retrace, des épisodes de la bataille, ceux qui les ont le

(1) G. Ballet et Rogues de Fursac. Les psychoses « commotionnelles » (psychoses par commotion nerveuse et choc émotif). *Paris médical*, 1er janvier 1916.

(2) Milian. L'hypnose des batailles. *Paris médical*, 2 janvier 1915.

(3) Jean Lépine. *Troubles mentaux de guerre*, Masson et Cie, édit., Paris, 1917.

plus frappés » ; les émotions revivent, envahissent tout le champ de la conscience du malade et, avec elles, les événements qui les ont provoquées. Ce sont, pour les cas qui nous occupent, des sifflements d'obus, des roulements de chemin de fer. Dans l'arrivée d'un obus, ce qui détermine l'émotion, c'est le sifflement, le bruit de fer rouge trempé dans l'eau glacée qui l'annonce. C'est lui qui indique la direction du coup et l'homme est déjà rassuré, l'émotion a disparu quand l'explosion se produit. C'est d'ailleurs un fait d'observation vulgaire ; bien souvent la détonation est rassurante même, car elle indique la fin du danger. Quant au bruit de locomotive c'est, en réalité, le bruit de l'obus arrivant droit sur le sujet ; il se rapporte à l'émotion-choc et est en quelque sorte le leit-motiv du délire. Il en est de même dans les cas plus complexes ; les émotions fixées s'imposent à la conscience et les événements qui les ont provoquées se représentent à l'esprit avec l'intensité d'un fait actuel. Un sapeur du génie que nous avons pu suivre dans le service de notre maître, M. le Dr R. Leroy, à l'asile de Ville-Evrard, revivait dans ses crises oniriques toutes les émotions déterminées en lui par l'explosion d'une mine : au moment de sauter sur le parapet il s'était précipité vers son lieutenant pour lui dire que le terrain était miné. Mais, sans l'écouter, l'officier s'était élancé à la tête de sa section, en criant : « En avant ! » Et tous étaient partis ; le bruit de ses pas lui paraissait résonner étrangement sur le sol. Puis ce sont ces corps qui sautent et la vision d'horreur de ces vingt-deux cadavres déchiquetés au milieu desquels il reste seul vivant : « Oh! les pauvres types ! les pauvres types ! » Dans ce cas même, la commotion paraît encore jouer un rôle bien effacé. Peut-être a-t-elle une action favorisante sur l'éclosion de la psychose quand elle existe ; quoi qu'il en soit elle n'est pas nécessaire. Du reste, dans

©BIUM

notre première observation elle n'existe pas ; au contraire, l'intéressant récit de notre camarade met spontanément en relief toute la valeur de l'émotion.

D'une façon générale, on peut dire que les manifestations psychopathologiques, d'origine proprement commotionnelle, sont l'exception. D'ailleurs, notre second malade avait été, lui, « soufflé » une première fois par un obus, mais il ne l'avait pas entendu arriver et n'avait présenté à la suite aucun trouble. Il n'y avait pas eu d'émotion. La deuxième fois, au contraire, il sort craintivement de son abri, guettant les arrivées, très inquiet du danger qu'il court ; et brusquement, dans l'obus qui vient sur lui, il voit, terrifié, sa crainte. Il convient de noter à ce propos l'importance de l'émotion anxieuse diffuse, à la fois intense et prolongée, dans la genèse des accidents. On la rencontre dans de nombreuses observations. La surprise, l'émotion brusque et inattendue paraît avoir un rôle bien moindre ; elle n'a pas tendance à se fixer comme la première, épuise moins la force de résistance nerveuse.

Dans les deux cas que nous rapportons, on trouve un fond d'anxiété, d'angoisse (au sens où l'entendait Littré), lié soit au danger permanent, soit à l'obligation de quitter un abri sûr, et sur lequel surgit l'émotion-choc, déchaînante — émotion d'attente, du reste, elle aussi — qui traduit la réaction de l'homme devant la réalisation brutale, inexorable et tant redoutée, de toutes ses terreurs.

Dans ces cas légers, instituer une thérapeutique paraît superflu. D'ailleurs, il eût été impossible de le faire. Toutefois quelques jours de repos, puis d'un travail calme un peu à l'arrière, aux échelons d'artillerie par exemple, suivis d'une permission de détente seront d'un excellent effet (observation II). Par les analgésiques, antipyrine, aspirine, le bromure de potassium,

le sulfonal, au besoin la morphine, que l'on possède dans toutes les infirmeries, on luttera contre la céphalée, l'agitation et l'insomnie. Faciliter ensuite la reprise de son poste au malade en le mettant dans des conditions favorables : période calme et, autant que possible, position nouvelle ou secteur nouveau, sera une très bonne mesure qui diminuera l'appréhension.

©BIUM

Médecine légale

CRIMINELS NON PUNISSABLES EN LIBERTÉ

ET CASIER JUDICIAIRE

MESURES PRÉCAUTIONNELLES NÉCESSAIRES

(UN INCENDIAIRE SAPEUR-POMPIER)

Par le Dr Al. PARIS,
Médecin de l'asile de Maréville,
Chargé de cours à l'Université de Nancy.

Voilà un sujet sur lequel je n'aurai pas à m'étendre longuement pour montrer une insuffisance de plus des mesures de préservation sociale ; lorsque j'aurai résumé le dernier fait qu'il m'a été donné récemment d'observer comme expert, fait peu banal par certains côtés, chacun de mes collègues faisant appel à ses souvenirs n'aura pas de peine à trouver quelque cas à rapprocher de celui-ci. Mon but est surtout d'appeler l'attention sur le danger de la non-inscription au casier judiciaire, sous une rubrique quelconque, à déterminer, des *inculpations d'actes criminels certainement commis*, alors qu'il y eut ordonnance de non-lieu motivée par un état mental constitutionnel ou par une maladie mentale *n'entraînant pas une séquestration certainement définitive*.

C'est un imbécile que j'ai à présenter ici, un imbécile, dès la plus tendre enfance indiscipliné, se révélant amant constitutionnel du feu : « Etant tout jeune, a

déclaré le médecin de sa localité, il avait la monomanie d'allumer des feux près de divers bâtiments appartenant à des propriétaires divers », et on le redoutait parce qu'il était très manifestement déséquilibré, anormal. Une idée ambitieuse lui vint un jour et acquit bientôt une assez grande fixité, il voulut être médaillé ; ses tendances instinctives lui apportèrent le moyen de réaliser son désir, de devenir un héros ; elles en firent un incendiaire : à peine âgé de dix-sept ans, il avait allumé plusieurs incendies pour avoir l'occasion de faire montre d'un dévouement extraordinaire ; on le voyait, en effet, lorsqu'un incendie éclatait, donner le premier l'alarme, se prodiguer fébrilement, bruyamment parmi les sauveteurs, à tel point que l'on finit, comme cela arrive toujours en pareil cas, par arrêter le bouillant sauveteur.

Il ne fut pas nécessaire de l'interroger bien longuement pour obtenir des aveux, apprendre que ses actes avaient surtout pour mobile le désir d'obtenir une médaille, et le voir presque fier d'être élevé au rang de criminel.

Mis en observation dans un asile d'aliénés, il fut bientôt étiqueté « imbécile avec signes physiques de dégénérescence..., privé de sens moral..., trouvant plaisir à causer de la peine à ses camarades ou aux gardiens », etc...., à maintenir séquestré. Il bénéficia d'une ordonnance de non-lieu, fut laissé à l'asile où il resta environ cinq ans jusqu'au milieu de l'été de 1902, époque à laquelle, sur les instances et les promesses de son père, affirmant avoir trouvé une parente proche qui acceptait de le recevoir chez elle et qui se chargeait de veiller sérieusement sur lui, on le laissa sortir ; il avait alors vingt-deux ans.

Il vécut cinq à six ans sous la tutelle de sa parente qui, finalement, se fatigua et le rendit à son père ; pourquoi ? Nous l'ignorons.

Le père ne se soucia pas longtemps de conserver avec lui une bouche inutile et fut impressionné par les protestations des habitants de la localité qui redoutaient de nouveaux incendies ; il le congédia donc. Mais quel emploi pouvait trouver ce grand débile mental qui ne connaissait aucun métier ? Ayant vécu cinq ans dans un

©BIUM

asile d'aliénés, en contact avec des gardiens qui l'avaient pris, en maintes circonstances, comme aide, il se rendit à l'asile d'aliénés le plus proche et, sachant un peu lire et écrire (instruction très rudimentaire), assez flagorneur, il fut agréé comme gardien, placé dans un quartier d'idiots ou de déments tranquilles ; trois mois après, il était congédié pour violences et menaces de coup de couteau. Il réussit à se faire donner même emploi dans un second asile d'aliénés où il passa deux mois et laissa le souvenir « d'un individu peu intelligent ». Il parvint encore à se placer dans un *troisième* asile d'aliénés, toujours comme gardien dans un service d'idiots, et il put, bien que considéré comme très insuffisant, s'y maintenir un an en raison des quelques services qu'il rendait automatiquement et de la grande difficulté de recruter dans cette région un personnel assez nombreux. Il retourna ensuite dans l'asile où il avait été accepté en premier lieu, mais, après un séjour de quelques semaines, il fut éliminé, son état mental étant jugé « tout à fait anormal » et parce que l'on fut renseigné sur ses antécédents par un surveillant qui le connaissait dès l'enfance.

On le retrouve, en 1909, aide-jardinier, c'est-à-dire manœuvre, dans un hospice d'une petite ville ; il parvient bientôt à se faire admettre dans la compagnie de sapeurs-pompiers de la ville ; on le voit dès lors content lorsqu'il a une occasion de sortir en tenue de pompier avec, en bandoulière, un clairon dont il ne sait pas se servir ; le port de l'uniforme fait renaître, en les développant rapidement, les idées ambitieuses de jadis, il pense aux galons, il aspire à devenir caporal, il revoit une médaille sur sa poitrine, il cherche les moyens d'obtenir satisfaction et il est finalement convaincu que des incendies sont nécessaires pour lui permettre d'affirmer sa valeur : il en allumera donc. C'est ainsi que j'ai été appelé à examiner l'état mental de ce sapeur-pompier, ancien gardien d'asiles d'aliénés, inculpé de dix-huit à vingt incendies ou tentatives d'incendie (il avait fait des aveux pour huit)

En résumé, voilà un imbécile, considéré dès la première enfance comme dangereux pour la société ; il est

convaincu d'avoir commis un acte réputé criminel à l'âge de dix-sept ans, il bénéficie d'une ordonnance de non-lieu en raison de son état mental, il est placé d'office dans un asile d'aliénés et, cinq ans après, on le rend à sa famille qui veille sur lui, le maintenant probablement inoffensif pendant six ans, puis l'abandonne à lui-même, aux caprices de ses instincts. Il va solliciter un emploi de gardien dans un asile d'aliénés ; on ne sait rien de ses antécédents, *son casier judiciaire est immaculé* ; on l'engage et on se trouve, sans s'en douter, exposé à de très graves dangers, etc. Mieux encore, grâce à cette fausse attestation d'un passé à peu près irréprochable, donnée en somme par l'extrait blanc du casier judiciaire, nous voyons un homme toujours enclin à mettre le feu, ayant eu réputation justifiée d'incendiaire, arriver au comble de ses aspirations pathologiques par son incorporation dans une compagnie de sapeurs-pompiers.

Cet homme a fait courir de grands dangers dans les asiles d'aliénés où il a été employé et un peu conservé grâce à une *certaine routine acquise pendant sa première séquestration* ; il a fait subir de lourdes pertes aux personnes dont il a détruit les immeubles et il a peut-être commis d'autres méfaits que l'on ne connaît pas encore. Tout cela aurait probablement été évité et il aurait été réintégré dans un asile d'aliénés peu de temps après l'abandon par sa famille si son casier judiciaire n'avait pas été absolument muet sur des antécédents qu'il n'y avait pas d'inconvénient à retenir puisqu'ils ont été *publiés* au moment de la première arrestation suivie d'*aveux dont l'exactitude fut affirmée*.

Ne serait-il donc pas absolument logique, utile à la société, de mentionner au casier judiciaire les inculpations d'actes réputés criminels *certainement commis* par les bénéficiaires d'une ordonnance de non-lieu, lorsque

©BIUM

le non-lieu a été motivé par un état mental n'entraînant pas une séquestration certainement définitive?

On pourrait, il me semble, inscrire au moins au casier judiciaire une rubrique à peu près ainsi libellée :

Inculpation de... (*date...*), *très fondée mais suivie d'ordonnance de non-lieu et d'internement d'office* dans une maison de santé?

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1918

Présidence de M. H. COLIN, président.

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

M. Bonhomme, membre correspondant, assiste à la séance.

Allocution du Président.

Mes chers collègues.

C'est avec une émotion profonde que je prends la parole, émotion bien légitime causée par les événements grandioses qui se sont accomplis depuis notre dernière réunion et qui continuent de s'accomplir sous nos yeux étonnés.

Après une guerre sans pareille, la plus grande de tous les temps, la plus atroce aussi, est intervenue, le 11 novembre 1918, date à jamais mémorable, une convention d'armistice telle que le monde n'en avait encore vue.

Certes, il y a un mois, nous étions sûrs que la victoire, que nous escomptions depuis la première bataille de la Marne, ne pouvait nous échapper, mais aucun d'entre nous n'eût osé l'espérer aussi proche et aussi complète.

L'honneur en revient, pour la plus grande part, à notre pays qui s'est sacrifié sans compter, ceci soit dit sans vouloir méconnaître, en aucune façon, les immenses services de nos alliés grâce auxquels nous avons pu résister et arriver à vaincre.

Dans les premiers mois de la guerre, après le spectacle inoubliable de notre mobilisation, devant la tenue

©BIUM

si digne et si fière de notre peuple, on avait coutume de dire, surtout à l'étranger, que la France se relevait, se réhabilitait, et j'avoue que je ne pouvais entendre sans irritation ni lire sans colère cette appréciation de mon pays. J'y voyais une erreur profonde de psychologie. En réalité, on confondait avec la France, que bien peu d'étrangers connaissaient, Paris, que dis-je, une infime partie, cosmopolite, de notre merveilleux Paris.

La France n'avait pas à se relever, n'avait pas à se réhabiliter ; la France qui, au cours d'une histoire prodigieuse, après des victoires à nulles autres pareilles suivies de défaites écrasantes, s'était toujours redressée et demeurait, aux yeux de l'univers entier, le soldat de l'idéal pour employer une expression désormais consacrée.

Pensez à la courte durée de l'hégémonie allemande, quarante-quatre ans! employés, du reste, à méditer et à préparer l'agression la plus sauvage et la plus criminelle contre le droit et les destins de l'humanité.

Mettez en regard la France à l'apogée de la grandeur sous Louis XIV, au plus profond de l'abîme à la fin du grand règne. Elle ne cesse cependant de guider l'humanité, car l'idée est éternelle, et ses penseurs, ses philosophes, ses savants, ses encyclopédistes préparent la grande Révolution et l'affranchissement du monde. Après une période de gloire militaire telle que jamais on n'en vit de semblable, elle est de nouveau battue, obligée de céder à la force. Et pourtant, son prestige n'en souffre point et l'univers assiste stupéfait au désastre de 1870, tant il est vrai qu'on nous regardait comme le plus grand des peuples et comme une nation invincible.

Les Allemands eux-mêmes, j'en appelle à tous ceux d'entre vous qui ont visité l'Allemagne, affectaient à notre égard une politesse raffinée, voisine de l'obséquiosité; ils semblaient s'excuser de nous avoir battus en 1870 ; mais sous cette urbanité apparente il n'était pas difficile de déceler une haine profonde, enracinée, en même temps qu'un incommensurable orgueil.

Notre défaite nous avait meurtris, mutilés, rabaissés à nos propres yeux, nous en souffrions cruellement sans le laisser paraître, et les étrangers prenaient pour de

©BIUM

l'insouciance et de l'abandon ce qui était le fait du recueillement et de la dignité blessée.

Nous ne faisions rien pour dissiper l'erreur. De même que, pendant et après le premier Empire, nous avions exalté la douce, la poétique Allemagne, de même, après 1870, nous exaltions les mérites et les qualités de nos voisins de l'Est. Vous savez qu'ici même, dans notre domaine si spécial, ces tendances se sont fâcheusement exercées. Il sera bon, à l'avenir, de nous tenir en garde, car la haine que l'Allemagne nous a vouée de tout temps n'est pas près de s'éteindre.

Aujourd'hui, après une éclipse de quarante-huit ans, c'est la victoire, c'est la France reprenant parmi les nations la place qu'elle n'aurait jamais dû perdre. Et cette victoire, c'est notre peuple tout entier qui l'a forcée, avec quel dévouement, avec quelle abnégation!

Nous aussi, dans notre Société, nous avons eu nos morts, et je ne saurais oublier, aujourd'hui, de rendre un hommage respectueux à la mémoire de nos collègues Boissier, tué à l'ennemi, et Picqué qui a succombé aux fatigues de la campagne ; je ne saurais oublier non plus ce qu'ont fait et ce que font encore nos collègues mobilisés qui assistent à nos séances revêtus de cet uniforme bleu, désormais fameux au même titre que celui qu'a chanté le poète, et j'adresse un salut affectueux à ceux d'entre eux qui ont été blessés ou malades, en particulier à Trénel, à Vigouroux, à de Clérambault.

Cette victoire, nous en voyons dès maintenant les résultats : c'est le retour à la Patrie des provinces perdues, de l'Alsace et de la Lorraine odieusement spoliées en 1871. Pourquoi faut-il que certains de nos collègues ne soient plus là pour assister à cette restitution? Je pense en ce moment à Christian, né à Bischwiller, obligé de s'expatrier en 1871 ; je pense aussi à mon très cher ami Rieder, né à Strasbourg, enlevé par une mort prématurée.

Mais, si nous devons cette pensée à nos morts, nous devons aussi faire part à ceux qui nous restent de notre émotion poignante en ces instants solennels ; je pense à notre collègue Klippel, originaire de Mulhouse ; je pense aussi à notre secrétaire général Ritti, enfant de Strasbourg. N'est-ce pas une coïncidence touchante, due à un

©BIUM

heureux effet du hasard, que la Société Médico-Psychologique, à laquelle notre cher secrétaire général appartient depuis quarante-deux ans, à laquelle il a voué tout son temps et tout son dévouement depuis plus de trente-cinq ans, tienne séance le jour même où les troupes françaises entrent triomphalement dans sa ville natale, dans Strasbourg enfin délivrée! Je me permets de lui adresser, en notre nom à tous, nos plus chaleureuses et nos plus affectueuses félicitations.

Cette reprise de l'Alsace et de la Lorraine, c'est le symbole merveilleux de la victoire du droit sur la force brutale, de la justice sur le crime. N'est-ce pas le cas de répéter avec un de nos plus grands patriotes qu'il y a une justice immanente?

M. Ritti. — Je remercie en mon nom personnel et au nom de nos collègues alsaciens-lorrains notre président du témoignage de chaude sympathie qu'il vient de nous adresser, et je saisis l'occasion qui m'est offerte pour attirer l'attention de la Société sur l'opportunité qu'il y aurait à faire désigner la ville de Strasbourg comme siège du prochain congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française.

M. Roubinovitch. — Au moment où nous allions entrer en séance je faisais part à quelques-uns de nos collègues de la même idée que vient d'exprimer notre secrétaire général. Si notre prochain congrès avait lieu à Strasbourg, le sentiment patriotique serait ici d'accord avec l'intérêt qu'il y aurait pour nous tous à visiter les asiles d'Alsace-Lorraine.

M. Dupain. — Avant sa mort, le regretté professeur Régis espérait, lui aussi, que Strasbourg serait le siège du premier congrès devant avoir lieu après les hostilités.

A l'unanimité, la Société décide d'adresser un vœu dans ce sens au Comité permanent du Congrès.

Hommage de la Société à M. Clemenceau.

M. le Président. — Je propose à la Société de voter l'ordre du jour suivant :

« Les membres de la Société médico-psychologique adressent leur hommage respectueux à leur confrère, le Dr Georges Clemenceau, président du Conseil, ministre

de la Guerre, au grand citoyen qui a bien mérité de la Patrie. »

Cet ordre du jour est voté par acclamation. M. le Secrétaire général est chargé de le transmettre à M. le Président du Conseil.

Messages aux Sociétés de médecine mentale des pays alliés.

M. SEMELAIGNE. — La Belgique étant libérée, j'estime le moment venu de témoigner à nos collègues belges notre profonde sympathie. Avant la guerre, ils n'étaient pour nous que de bons amis, dont la fréquentation nous plaisait ; désormais, le sang versé en commun nous unit plus étroitement. Je vous propose donc d'envoyer à la Société de médecine mentale de Belgique le message suivant :

« A l'heure où les troupes alliées victorieuses contraignent nos ennemis à évacuer les territoires qu'ils ont trop longtemps souillés de leur présence, à l'heure où la civilisation triomphe de la barbarie, la Société médico-psychologique adresse à la Société de médecine mentale de Belgique ses félicitations et ses vœux. »

La proposition de M. Semelaigne est adoptée par acclamation.

MM. H. COLIN et Ch. VALLON proposent que des adresses de félicitations soient également transmises aux Sociétés psychiatriques des Etats-Unis, de Grande-Bretagne et d'Italie.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Rupture des relations avec les savants allemands.

M. SEMELAIGNE. — Tout récemment des savants lillois, signalant à l'Institut de France et à l'Académie de Médecine les atrocités dont ils avaient été témoins, les priaient d'inviter les Sociétés savantes de toutes les nations civilisées du monde à recueillir cette protestation et à l'enregistrer dans leurs actes. La Société médico-psychologique ne saurait demeurer étrangère à cette manifestation.

Je tiens tout d'abord à vous rappeler le texte de

©BIUM

l'ordre du jour voté par l'Académie de Médecine sur un rapport de notre collègue et ami Dupré : « L'Académie de Médecine, émue à la lecture de la protestation de ses collègues lillois et indignée au récit de tels crimes, déclare se solidariser avec les signataires. Comme eux, elle est décidée à ne collaborer désormais à aucune publication allemande, à ne participer à aucune réunion scientifique, à aucun congrès international aux côtés de collègues allemands qui n'auraient point, préalablement, marqué par une manifestation publique la désapprobation des actes antisociaux accomplis au cours de cette guerre par leur gouvernement. L'Académie, admirant la fermeté d'âme des victimes, leur adresse son salut fraternel et flétrit leurs bourreaux. »

Inutile de vous redire les crimes odieux commis par les Allemands, en violation du droit des gens et de toutes les règles acceptées par les nations civilisées, mais avec ordre et méthode, comme il convient à des Teutons. Dans leur orgueil ils se croyaient invincibles et estimaient que la victoire, baillonnant les victimes, justifierait, aux yeux du monde apeuré, toutes leurs atrocités.

Mais écoutons les savants lillois : « Certains admettraient volontiers que le peuple allemand n'est pas responsable de l'infamie des chefs de son armée. Nous voudrions que cela fût vrai. Mais quand on a vu, comme nous, l'empressement, le zèle même avec lesquels de tout jeunes et de vieux soldats de la landsturm, ou des officiers qui ne sont pas des militaires professionnels, des médecins par exemple, accomplissent les actes les plus odieux, sans un mot d'excuse, de regret ou de pitié, on est bien obligé de reconnaître que, d'une manière générale, et sauf de trop rares exceptions, le cœur allemand est inacessible aux sentiments nobles, généreux ou simplement humains. Les dirigeants de la politique allemande ont voulu cette guerre, mais le peuple en armes l'a approuvée et l'a résolument poursuivie avec les moyens les plus férocement cruels, sans scrupules de conscience, sans sursauts d'indignation. »

Je tiens spécialement à appeler votre attention sur la conduite, à Lille, des médecins militaires allemands. Le directeur de l'Institut de chimie de la Faculté des

sciences, M. Buisine, bien que souffrant de troubles cardiaques et d'un rétrécissement de l'œsophage, fut transporté, par un froid des plus rigoureux, dans un camp de représailles, près de Vilna ; il y mourait après quelques jours de souffrances. Sa femme, au moment du départ, avait signalé son état au médecin-major Krug, qui s'était contenté de répondre : « Madame, ça n'est pas contagieux pour les soldats allemands. » Les femmes et les jeunes filles, arrachées à leurs familles pour être traînées en esclavage, ont été soumises à la visite sanitaire, et ce crime infâme, ce viol, a été commis par des médecins allemands. Nous nous en souviendrons. »

Les fameux signataires de l'appel aux nations civilisées, représentants de la science et de l'art allemands, ont simplement nié la culpabilité des leurs et lancé l'anathème sur les victimes, afin d'excuser les bourreaux. Ils affirmaient que le militarisme était né dans leur pays pour protéger leur culture, que l'armée allemande et le peuple allemand ne font qu'un, et que, dans cette lutte, ils iraient jusqu'au bout en peuple civilisé. « Nous vous en répondons, disaient-ils, sur notre nom et notre honneur. » Leurs noms, nous les connaissons, ce sont les plus grands de l'Allemagne ; quant à leur honneur, nous laissons avec confiance aux nations civilisées le soin de l'apprécier à sa juste valeur.

Pour bien faire comprendre les termes du texte que je vais vous soumettre, je tiens à rappeler que les délégués des Instituts et Académies des pays alliés, réunis à Londres en octobre, ont décidé de s'abstenir de tout rapport, même scientifique, avec les empires centraux, tant que l'Allemagne n'aurait pas été admise à nouveau au rang de nation civilisée. J'ai évité de nommer les empires centraux et le gouvernement allemand, car il serait vraiment trop facile à nos ennemis de déclarer qu'ils ont changé de régime, et ne peuvent endosser aucune responsabilité pour les actes antisociaux de leurs anciens gouvernants. Vous voyez comme ils chicanent sur les conditions de l'armistice qu'ils viennent de signer. Quelle est pour eux la valeur d'une parole donnée, d'un chiffon de papier ? Tour à tour arrogants et féroces, souples et mielleux, fourbes toujours, ils n'ont point

©BIUM

changé depuis Tacite; Boches ils étaient, Boches ils sont, Boches ils resteront.

Voici le texte que je vous propose de voter :

« La Société médico-psychologique déclare que, même à partir du jour où l'Allemagne aurait de nouveau été admise au rang des nations civilisées, elle s'abstiendra de tout rapport avec les savants allemands qui n'auraient pas publiquement reconnu et désavoué les crimes commis, au cours de cette guerre, par leurs compatriotes.

La Société salue les victimes de la barbarie allemande et flétrit leurs bourreaux. »

Le texte proposé par M. Semelaigne est adopté à l'unanimité.

Mort de M. Mabille.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de Mr Henri Mabille, directeur de l'asile de Lafond, près La Rochelle, membre correspondant de la Société, et ajoute que le Bureau exprimera les vives et sincères condoléances à la famille de notre regretté collègue.

Rapport de candidature.

M. JUQUELIER. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Arnaud, Briand et Juquelier, rapporteur, chargée d'examiner les titres et travaux de M. le Dr Henri Hoven, aliéniste adjoint de l'armée belge (Hôpital militaire de Chateaugiron), qui demande à être inscrit parmi les associés étrangers de la Société médicale psychologique. Au moment où son pays a été envahi par l'armée allemande, M. Hoven, ancien prosecteur de l'Université de Liége, et membre titulaire de la Société de Médecine mentale de Belgique, était médecin adjoint de la Colonie d'aliénés de Lierneux.

Il avait publié depuis 1908 une série d'intéressants travaux portant les uns sur l'anatomie, la physiologie ou l'embryologie, et les autres sur la pathologie mentale. Citons : *Développement du système nerveux périphérique et genèse de neurofibrilles* (Archives de Biologie 1910); *L'établissement du Hombourg pour enfants anormaux*; *Action du luminal chez les épileptiques et*

les aliénés (Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique, 1913); *Action du cinéma comme cause provoquant ou aggravant des affections mentales* (id. 1914).

En 1917 et 1918, le Dr Hoven s'est plus spécialement consacré, comme le lui permettait sa situation militaire, à l'étude des affections mentales dans leurs rapports avec les événements de guerre, et les *Archives médicales belges*, éditées à Paris depuis le début de 1917, ont publié de lui un nombre important d'articles dans lesquels il a exposé le résultat de ses observations. C'est d'abord une série de notes cliniques : *Les maladies mentales et la guerre* (mai 1917) que l'auteur fait suivre de conclusions ayant une portée générale. Il n'y a pas de psychose spéciale à la guerre, mais les troubles psychiques observés chez les combattants sont avant tout des états dépressifs ou confusionnels. La simulation est rare, les fugues pathologiques sont fréquentes. La prédisposition et l'intoxication alcoolique jouent un rôle étiologique considérable dans la genèse de ces accidents.

En mai 1918, le Dr Hoven publie une *Contribution à l'étude des troubles mentaux de guerre*. Il s'agit des séquelles psychopathiques des commotions. Indépendamment d'un exposé critique des travaux publiés sur la question, où le rôle important des trois Sociétés psychiatriques françaises réunies en juillet 1917 n'a pas été oublié, cet article contient plusieurs observations détaillées de confusion chronique post-commotionnelle.

Mais un peu plus tard, M. Hoven consacrait aux commotions elles-mêmes un travail plus important que le précédent (*Neuro-psychiatrie de guerre : les commotions des centres nerveux.* Archives médicales belges, juin 1918). L'auteur montre combien sont complexes les troubles commotionnels qui peuvent être des troubles fonctionnels des lésions organiques de la moelle et du cerveau, et aussi des psychoses. Incertitude du pronostic, obscurité de la pathogénie, diversité des constatations faites au microscope, voilà ce qui caractérise aujourd'hui le chapitre des accidents consécutifs aux déflagrations des puissants explosifs à proximité et sans blessure apparente.

La lecture des articles écrits par M. Hoven révèle, chez leur auteur de solides connaissances histologiques

©BIUM

et psychiatriques au service d'un sens critique des plus judicieux. Votre Commission ne peut que souhaiter que M. le Dr Hoven soit associé aux travaux de la Société médico-psychologique.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr Hoven est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents.

Odyssée d'un déséquilibré menteur,

par MM. Pactet et Bonhomme.

Nous avons observé dans l'hôpital de Maison-Blanche (Service des confus) un exemple curieux d'instabilité mentale qui, par les innombrables aventures militaires dont elle fut l'origine, nous a paru de nature à intéresser les membres de la Société.

G... (Roger), vingt-deux ans, entre pour la première fois dans le service, le 1er juillet 1916, venant de l'hôpital de Dugny avec le diagnostic : « Séquelles de commotion cérébrale (déjà traité dans un asile) ». Mobilisé au début de la guerre, il dit avoir été commotionné près de Reims, il y a environ deux mois. Il aurait été hospitalisé à Royallieu du 20 mai au 20 juin, puis au Val-de-Grâce jusqu'au 1er juillet. D'après ses dires, aussitôt après sa commotion il se serait mis à courir et aurait présenté, pendant quatre jours, des troubles mentaux qui donnent au Dr Raynier l'impression d'un épisode confusionnel. Il aurait été blessé au début de la guerre dans les chasseurs à cheval, et il porte, en effet, sur le grand pectoral et à la face interne du bras droit, des cicatrices (?). Puis « ayant le cerveau fatigué », il aurait été interné à l'asile de Naugeat, du 10 avril au 21 juin 1915, date à laquelle il aurait été réformé. Il dit avoir, dans la suite, contracté un engagement dans l'aviation.

A son arrivée à Maison-Blanche, il se plaint de fatigue et de rhumatismes vagues; son état général est médiocre. Il prétend être sujet, depuis plusieurs années, à de courtes périodes de dépression et à des maux de tête. Né dans la Charente, il exerçait le métier de peintre à New-York.

Au bout de quelques jours d'alitement, pendant lesquels il se montra toujours calme, il est autorisé à se lever. Sur sa demande, il est employé à de petits travaux dans l'hôpital, dans lesquels il se comporte en débile vaniteux. Ayant, par exemple, affirmé au médecin chef qu'il allait faire de lui un

portrait au fusain, il exécute un dessin — semblable à celui que font certains délirants de leurs hallucinations — démontrant péremptoirement son ignorance de cet art.

Cependant son état général s'améliore promptement, le sommeil et l'appétit sont bons; et comme il ne présente aucun trouble mental, on allait l'envoyer en convalescence, quand, un matin, il se présente avec la croix de guerre et la fourragère. Interrogé sur ces insignes qu'il n'avait jamais portés, il prétend avoir été cité à l'ordre de l'armée, lors de sa blessure, et porter la fourragère du régiment de chasseurs auquel il appartient. Ces explications nous paraissant alors peu satisfaisantes, on surseoit au départ de cet homme et on demande des renseignements à son corps.

Quelques jours après, le 14 septembre, se présente à l'hôpital un jeune homme demandant à voir l'amputé sourd-muet G... Parmi les amputés hospitalisés pour la prothèse à Maison-Blanche, G... est inconnu. Le visiteur, mis en présence de notre malade, le reconnaît pour être le fiancé de sa sœur. Il nous apprend que G... vient chez eux, décoré de la médaille militaire et de la croix de guerre, qu'il est amputé de la jambe droite, sourd-muet depuis une commotion par éclatement d'obus, et qu'il est « torpillé » chaque matin dans le service pour être guéri de cette surdi-mutité. Il ne correspond jamais, en visite, que par écrit. G... interrogé, déclare mensonger ce récit; mais le lendemain, par lettre, il avoue. Pendant plusieurs jours, il écrit des lettres empreintes du plus sincère repentir : il portait indûment la médaille militaire et se disait sourd-muet pour « impressionner sa fiancée qui l'avait traité d'embusqué » : « Oui je suis un menteur... j'ai « assimuler » des choses que je n'avais pas ; mais, croyez-moi, sur la tête de mon père, que je veux me racheter. Je demande à partir dans l'infanterie, car dans l'aviation on est des embusqués... Envoyez-moi au front, je serais content et je garderai de vous un bon souvenir... je veux la gagner, cette fois, la médaille militaire, ou je crèverai. Je ne mérite pas votre estime, mais je veux, un jour, que vous me disiez que vous me pardonnez. » Il revient ainsi, à plusieurs reprises, sur le dégoût que lui inspire sa conduite et sur le remords qui le ronge.

En même temps, apparaissent, la nuit, des accès de somnambulisme d'une durée de cinq à dix minutes, dont il prétend ne conserver aucun souvenir au réveil, mais qui disparaissent dès qu'on le prie de ne plus recommencer.

Cependant les renseignements du dépôt étaient arrivés, indiquant qu'il n'y avait aucune trace de citation de G... Il est donc accompagné à son corps le 25 octobre 1916.

En juillet 1918, nous avons la surprise de voir dans les

©BIUM

journaux, sous la rubrique « arrestation d'un faux aviateur à Nice », le nom de notre malade. Antérieurement, un journal local avait reproduit, avec sa photographie, une interview dans laquelle il narrait ses exploits. Et le 16 novembre, G... revient comme adjudant chef pilote aviateur, à Maison-Blanche, avec le diagnostic « Cyclothymie probable, état actuel de dépression avec préoccupations hypochondriaques ». Il aurait été hospitalisé par le poste de secours de la gare de Lyon où il était arrivé, sans papiers, disant aller en convalescence de deux mois donnée par l'hôpital du Belvédère à Nice, et être trop souffrant pour pouvoir continuer son voyage. Il est muni d'une permission de la Salpêtrière, datée du 21 novembre 1917 et d'une photographie le représentant dans un groupe d'aviateurs, portant la Légion d'honneur, la médaille militaire, la croix de guerre dont le ruban, très long, s'orne de plusieurs palmes et de la médaille militaire anglaise.

Il se plaint de névralgies, de céphalée ; son état général est très mauvais ; il a beaucoup maigri et l'on constate à l'auscultation des signes de bronchite.

Au point de vue de son *curriculum vitæ*, nous renonçons à en donner une idée même approximative. Il est impossible de collationner deux déclarations de G... sans apercevoir une dissemblance, sinon une contradiction. Le mensonge est chez lui tellement naturel, tellement constant, qu'on peut dire, sans exagération, suivant le dicton : « Il ment la main dans le sac ». Il ne se donne plus comme peintre, ainsi qu'il l'avait fait à sa première entrée dans le service, mais comme électricien, opérateur de cinéma : il a travaillé à Chicago, à Washington, Patras, Brindisi, Naples, Venise, etc. Il gagnait 1.200 à 1.500 francs par mois et avait économisé 5 à 6.000 francs. Il prétend être resté un mois à Maison-Blanche pour « crises nerveuses » la première fois, alors que nous avions son dossier sous les yeux. Et ce n'est pas par insuffisance de mémoire, car il est parfaitement capable de préciser des dates quand on l'en prie.

Au point de vue militaire, il nous est également impossible de connaître sa situation exacte. Réformé en 1913, pendant son service actif, s'il est militaire, c'est sûrement, comme il le dit lui-même avec juste raison, parce qu'il a dû être pris comme « bon absent » à l'un des nombreux conseils de révision que les hommes de sa classe ont été appelés à passer depuis la guerre. Il s'est faufilé dans les rangs, en prétendant avoir perdu ses papiers. C'est ainsi qu'il a pu aller à Salonique avec une prétendue mission d'inspection. Et au moment où la supercherie allait être découverte, il a été évacué pour paludisme sur l'hôpital du Belvédère, à Nice, où il est arrêté peu de temps après, pour port illégal de décorations. Bénéficiant d'un

non-lieu, il est relaxé et vient à Paris, où il est arrêté à nouveau pour le même délit. Reconnu comme non-militaire, il passe devant la justice civile. Après avoir dit qu'il avait bénéficié d'un non-lieu cette fois encore, il reconnaît ensuite qu'il a été condamné, mais prétend ne pas connaître sa peine « parce que le président parlait trop vite! »

C'est au sortir de la Santé que, ne sachant où aller, malade d'ailleurs réellement, il revêt encore une fois son uniforme et va demander au poste-secours de la gare de Lyon de le faire hospitaliser.

Quoi qu'il en soit du fond même de son histoire, nous vous en avons suffisamment entretenu, pour que de nouveaux détails soient superflus. Nous sommes certains d'ignorer beaucoup de ses aventures militaires, et pour de nombreuses raisons, nous avons résumé rapidement celles que nous connaissons.

Cette observation nous a paru curieuse par l'abondance et la variété des manifestations du déséquilibre. Il s'agit évidemment d'un menteur simple, d'un menteur incorrigible qui manifeste sa débilité mentale par la naïveté persistante avec laquelle il commet les mêmes délits. Dans les moments de sincérité, il paraît réellement attristé de son passé et il conclut : « Il faut que je sois marteau... car si je ne l'étais pas, je ne ferais pas toutes ces idioties. » Au fond, les mobiles sont ceux de tous les menteurs : vanité et désir de faire des dupes. La guerre, par la situation troublée qu'elle a créée, lui a ouvert de nouveaux horizons et a favorisé son goût des aventures. Au point de vue psychologique, ce serait donc une observation curieuse mais banale.

Mais au point de vue social nous serions heureux d'avoir l'avis de la Société. Quelle destination convient-il de donner à cet homme? Nous sommes convaincus qu'il y a danger à le laisser en liberté ; car, depuis 1916, nous avons assisté à un perfectionnement et à une accentuation de ses tendances à l'escroquerie, *vires acquirit eundo*. Nous savons qu'il adresse de différents côtés des demandes de protection, de secours en argent. Avec son habileté relative à apitoyer les âmes charitables, il est fort à craindre qu'il fera de nouvelles dupes. Faudra-t-il, dans ce cas, user d'indulgence ou de sévérité? Répression ou traitement? Faut-il le considérer comme un malade ou un pervers?

©BIUM

DISCUSSION

M. Briand. — Ce sujet paraît actuellement déprimé et M. Bonhomme a signalé dans son passé une crise de dépression antérieure. Peut-être appartient-il à la catégorie de ces intermittents chez qui les périodes d'excitation se traduisent par des mensonges du même ordre. Quoi qu'il en soit, il s'agit ici de mensonges pathologiques ; mais nous avons tous connu, depuis la guerre, des simulateurs vulgaires de la mutité, de la surdité et même de la cécité, qui s'attiraient la protection de personnes riches ou influentes, au détriment de mutilés réellement dignes de pitié. On ne saurait, à l'égard de ces simulateurs, se montrer trop sévère.

M. Colin. — Quelle solution M. Bonhomme propose-t-il pour ce malade?

M. Bonhomme. — L'internement prolongé.

M. Colin. — C'est peut-être bien sévère : votre malade n'est pas dangereux pour autrui.

M. Juquelier. — Libre, il continuera à faire des dupes, et nuira, de cette façon, à d'intéressantes victimes de la guerre.

M. Séglas. — Pourra-t-on le maintenir à l'asile?

M. Juquelier. — Il sera sans doute l'objet de mesures successives de libération et de réintégration.

M. Bonhomme. — L'attitude qu'il convient d'adopter à l'égard de tels sujets est difficile à déterminer, et c'est la raison principale pour laquelle nous l'avons présenté à la Société, afin d'avoir un avis. Cependant si nous inclinons vers la séquestration prolongée, c'est que, chaque fois qu'il est libre, G... ajoute de nouveaux mensonges à ses mensonges passés. Il paraît donc y avoir non seulement persévération, mais aggravation. En tout cas, toute utilisation militaire est impossible.

Quelques impressions sur le délire grippal,

par M. A.-R. GILLES,

Médecin d'un centre psychiatrique d'armée.

Durant ces derniers mois, au cours de la récente épidémie de grippe, nous avons constaté, appelé par des camarades, nombre de cas de délire dont l'intensité justifiait notre intervention : les cas de délire avec agitation violente telle qu'ils nécessitent l'isolement du sujet sont fréquents. Or ce délire nous a paru présenter des caractéristiques qui le distinguent des formes antérieurement décrites au sujet de la grippe. Il offre en tout cas quelques particularités qui le séparent des délires des autres toxi-infections, notamment du délire typhoïdique mystique ou ambitieux.

Dans le délire grippal, il nous a paru de règle que l'état confusionnel se complique de réactions mélancoliques, délire triste qui aboutit parfois — deux cas dans notre ambulance — au suicide ou du moins à la tentative de suicide.

Toujours triste, ce délire est variable dans son expression : tantôt état anxieux simple, tantôt idées de négation, d'indignité, de persécution, crainte d'empoisonnement, idées mélancoliques dans toutes leurs formes, avec perversion de la réaction affective parfois, préoccupations au sujet de la mort prochaine, au sujet de la famille. Relativement fréquentes sont les idées de négation. Nous avons noté un cas de fausse reconnaissance. Ainsi donc nous voyons que s'il y a des variantes individuelles, la tonalité du délire grippal a toujours été mélancolique dans les cas que nous avons observés au cours de cette épidémie.

Ce délire évolue avec des rémissions et des rechutes Il s'accompagne d'agitation, de réactions motrices violente, raptus et parfois suicide, insomnie.

Les phénomènes hallucinatoires sont rares et paraissent même exceptionnels. La stupeur est rarement constatée. Nous n'avons pas vu de délire profes-

©BIUM

sionnel. L'idée de mort et la peur de la maladie sont les idées dominantes. En somme trouble affectif et idéatif plus que sensoriel.

Nos observations ne nous ont pas permis de lier ces manifestations délirantes à un appoint éthylique antérieur : tel sujet sobre réagit aussi violemment qu'un éthylique invétéré. Elles nous ont paru devoir se rattacher principalement au surmenage psychique, à un « état de fatigue ». L'intensité de la peur exprimée relève peut-être un peu de préoccupations psychologiques actuelles et de l'importance que cette épidémie et ses dangers ont prise dans l'esprit de chacun, grâce aux lettres et aux journaux qu'il lit.

Alors que le délire grippal nous est apparu différent du délire typhoïdique, pneumonique, avec ou sans alcoolisme préalable, il nous paraissait par certains côtés, en ses réactions motrices, se rapprocher du délire paludique. Ceci nous avait fait soupçonner l'influence de l'ivresse quinique ; or l'expérience nous a amené à conclure que le développement du délire était indépendant de l'absorption de la quinine. Peut-être l'absence, ou du moins l'atténuation des phénomènes stuporeux, doit-elle être due à la lutte qui domine le tableau clinique général où le sujet en proie souvent à des complications asphyxiques offre une défense violente et consciente.

En résumé, état subonirique et subconfusionnel plutôt que confusion vraie. Rareté des phénomènes hallucinatoires. Délire idéatif et affectif, mélancolique et anxieux. Expression variable selon l'individu ; mais la couleur des idées est toujours uniformément triste. Ce délire s'accompagne d'agitation intense et de réactions motrices violentes.

Ces quelques caractères nous ont paru communs à tous les cas de délire grippal que nous avons observés au cours de cette épidémie, notre centre hospitalier comportant plusieurs centaines de lits réservés à ces malades : ils semblent donc liés à l'infection grippale. Le délire est l'apanage des formes graves, mais il n'y est pas la règle. Son apparition reste un phénomène individuel lié, croyons-nous à un « état de fatigue » psychique préalable, plus qu'à toute autre cause, alcoolisme y compris. La violence du délire qui accompagne

des températures élevées n'est cependant pas en rapport constant pour un même individu avec le degré de la température. Il nous a été impossible de déterminer son rapport avec la présence de telle ou telle complication non plus que d'en présumer de l'issue de l'affection en général.

Nous ne parlons ici que du délire apparaissant pendant la période d'état, n'ayant pas été à même de suivre les formes de convalescence. Nous ne livrons ces quelques impressions imparfaites que dans l'espoir que d'autres observateurs plus autorisés pourront les contrôler.

DISCUSSION

M. Briand. — J'ai observé à l'admission de l'asile clinique un certain nombre de cas de délire évoluant à l'occasion de la grippe, surtout chez des femmes. A la période de début quelques malades sont mortes. Quand le délire apparaissait plus tardivement, il était d'ordinaire assez vite guéri. Plusieurs malades ont eu des réactions de mélancoliques anxieux. D'autres m'ont paru se rapprocher des malades atteints de folie puerpérale, mais le pronostic était généralement moins sombre.

M. Pactet. — Chez des militaires intoxiqués par les gaz, nous avons vu, à Maison-Blanche, évoluer des états confusionnels et délirants dont le tableau clinique était semblable à celui que décrit M. Gilles. Je ne crois pas que les accidents psychopathiques apparaissant à l'occasion de l'infection grippale aient quelque chose de spécifique.

M. Séglas. — Il doit s'agir en effet de confusions toxi-infectieuses banales, au moins pour les formes aiguës. Quant aux séquelles, il faut peut-être en rechercher l'explication dans les antécédents du sujet.

©BIUM

Projet d'une publication des « Plus belles pages » des aliénistes de langue française,

par MM. H. Colin et R. Mourgue.

Le rôle joué par les aliénistes français dans les progrès de la médecine mentale n'est pas à démontrer ici; aussi bien est-il universellement reconnu, même par nos ennemis lorsqu'ils sont sincères. Malheureusement il faut bien convenir qu'à part les belles études consacrées à ces maîtres par quelques-uns de nos contemporains, et parmi celles-ci les « Eloges » de M. Ritti doivent être mis au premier plan, peu de chose a été fait pour faire revivre ce qu'il y a de toujours actuel dans l'œuvre des Esquirol, Baillarger, Falret, etc. Aussi nous a-t-il semblé qu'à l'heure où une ère nouvelle va s'ouvrir devant les jeunes générations d'aliénistes, il conviendrait de mettre en pleine lumière les qualités éminentes de la médecine mentale française en en faisant en quelque sorte l'inventaire.

Sans doute il ne s'agit pas d'un inventaire complet; il y aurait peu d'intérêt par exemple à remettre en lumière la théorie périmée des monomanies. Il conviendrait d'une part de rééditer les pages où la méthode a été traitée de façon magistrale; nous rappellerons à ce sujet, à titre d'exemple, l'œuvre de J.-P. Falret, dont certains passages ont été qualifiés par M. Ritti de véritables « discours de la méthode en psychiatrie » (1), ainsi que certaines leçons de Guislain ayant trait à la séméiologie. D'autre part il serait particulièrement intéressant de reproduire les grandes conceptions doctrinales, telles que la théorie de la dégénérescence dans Morel et dans Magnan, la folie circulaire, la confusion mentale, le délire des persécutions, etc.

En troisième lieu enfin on pourrait rééditer, *in extenso* de préférence ou avec des coupures judicieusement opérées, certaines monographies aujourd'hui introuvables,

(1) Cf. R. Mourgue. J.-P. Falret et la psychopathologie générale. *Annales médico-psychologiques*, août 1917.

en dehors des grandes bibliothèques publiques ou universitaires, telles que la thèse inaugurale de Bayle (1822), le grand travail de Baillarger sur les hallucinations publié dans les *Mémoires de l'Académie de Médecine* (1855), etc. Observons, en passant, que ces rééditions rendraient de grands services aux travailleurs. D'ailleurs, en ce qui concerne cette rubrique, les érudits pourront désigner tel article de journal ou de dictionnaire, tel rapport administratif, peut-être même des inédits qui leur paraîtraient dignes d'être sauvés de l'oubli. On pourra discuter sur les choix à faire, on ne peut discuter, croyons-nous, sur l'utilité de notre proposition.

Arrivons maintenant à la réalisation pratique de notre projet ; il nous a paru intéressant de rappeler qu'un travail analogue avait été déjà réalisé en France et à l'étranger. Il est regrettable (nous dirons pourquoi dans un instant) de constater que c'est Ostwald qui, en 1889, entreprit d'éditer une collection des « Classiques des sciences exactes », qui, en 1914, renfermait déjà 184 volumes. Ces éditions sont pourvues d'annotations, élucidant le texte, ou le comparant aux résultats d'une science plus achevée. Ce qui augmente beaucoup la valeur de cette collection, c'est que les différents éditeurs sont presque toujours des spécialistes, connus par leurs propres travaux dans le domaine considéré. Le fait que plusieurs de ces volumes ont dû être réédités une seconde fois prouve assez que cette collection répondait à un besoin réel. Il est d'ailleurs à peine utile de faire remarquer que ces éditions, annotées par des spécialistes, mises au courant, sont, au point de vue purement scientifique, de beaucoup préférables aux éditions originales souvent introuvables.

Dans cette collection d'Ostwald qui avait la prétention d'être internationale se trouvent quelques travaux de savants français, c'était là une situation assez anormale que celle qui obligeait les savants français à lire les classiques de la science française en *traduction allemande* (1)!

(1) Renseignements empruntés à G. Sarton in *Revue générale des Sciences*, 1912, p. 217. Sudhoff publie également les *Clas-*

©BIUM

Aussi, en 1914, la librairie A. Colin avait-elle accepté d'éditer les « Classiques de la Science », sous la direction d'un certain nombre de professeurs de la Sorbonne. Sept volumes renfermant uniquement des mémoires de physique et de chimie ont été publiés à l'heure actuelle ; la conception pratique qui a présidé à l'élaboration de cette œuvre est la suivante. Dans un but d'intérêt général les auteurs ont assumé gratuitement la tâche ardue de la sélection des travaux à rééditer ; de cette façon, on a pu faire paraître une série de petits volumes, dont nous vous présentons quelques exemplaires, volumes fort bien imprimés, très lisibles et d'un bon marché exceptionnel (1 fr. 30, 1 fr. 20 par exemple). Ces volumes n'ont généralement pas plus de 120 à 130 pages (1).

Nous avons donné les exemples précédents comme exemple de ce qui pourrait être entrepris pour les « plus belles pages » des aliénistes de langue française. Il appartient à la Société médico-psychologique plus qu'à toute autre de prendre sous ses auspices une telle œuvre, dont l'intérêt national et patriotique n'est d'ailleurs pas à souligner.

Après une courte discussion, la Société adopte les conclusions de la communication de MM. H. Colin et L. Mourgue et charge une Commission d'étudier cette question intéressante de la réédition des « Plus belles pages » des aliénistes de langue française.

Cette Commission est composée de MM. Arnaud, Chaslin, Colin, Juquelier, Pactet, Ritti, Séglas, Semelaigne et Sérieux.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des séances,
P. JUQUELIER.

---

siques de la médecine (en allemand). M. Ch. Richet avait commencé autrefois des extraits des *Grands Biologistes* dont la publication n'a pas été continuée.

(1) Il existe aussi des collections analogues en Angleterre et en Italie. Voir *Scientia*, 1917, t. II, p. 143-145.

SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1918

Présidence de M. H. COLIN, président.

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

MM. Vernon-Briggs, membre associé étranger, et R. Mallet, membre correspondant, assistent à la séance.

Mort de M. A. Vigouroux.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte douloureuse qu'elle vient de faire. M. A. Vigouroux, ancien président, est décédé le 11 décembre, M. le secrétaire général a prononcé à ses obsèques, au nom de la Société, un discours dont il va nous donner lecture.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture de son discours. (V. *Annales* de janvier 1919, p. 68.)

M. A. Vigouroux ayant été président, la séance est suspendue en signe de deuil et reprise dix minutes après.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Mabille, fils du directeur médecin de l'asile de Lafond, décédé, qui remercie la Société des sentiments de condoléances qui lui ont été exprimés à l'occasion de la mort de son père ;

2° Une lettre de M. Hoven, médecin adjoint de la colonie d'aliénés de Lierneux, qui remercie la Société de l'avoir admis parmi les membres associés étrangers, et s'excuse de ne pouvoir assister à la séance pour donner lecture de sa communication.

Réponses aux messages de félicitations adressés par la Société.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — A l'ordre du jour que, dans la dernière séance, vous avez voté au Président du Conseil, sur la proposition de notre Président,

©BIUM

et que j'ai transmis le lendemain de la séance, j'ai reçu la réponse suivante :

Paris, le 11 décembre 1918.

Monsieur le Secrétaire général,

Le Président du Conseil a été profondément touché des félicitations que vous avez bien voulu lui adresser à l'occasion de la victoire. Il me charge de vous exprimer ainsi qu'aux membres de votre Société ses plus vifs remerciements.

Veuillez agréer, etc.

Le chef du Secrétariat particulier,
J. MARTEL.

Dans la même séance, vous avez, sur la proposition de MM. Colin et Vallon, décidé d'envoyer un vœu de sympathie aux Sociétés de médecine mentale des Etats-Unis, de la Grande-Bretagne et de l'Italie, et vous avez bien voulu me charger de ce soin. D'accord avec notre Président, j'ai adressé à ces Compagnies savantes, l'ordre du jour suivant.

« La Société médico-psychologique, dans la joie de la victoire commune, adresse à sa sœur... (ici le nom de la Société) ses meilleurs souvenirs et ses vifs sentiments d'affectueuse sympathie ; elle émet le vœu que des liens d'une plus intime solidarité se nouent entre les deux Compagnies savantes, pour le plus grand bien de la Science et de l'Humanité. »

Dès le 13 décembre, je recevais du Secrétaire général de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande la lettre suivante :

City of London Mental Hospital, Near Dartford, Kent. England, 13 décembre 1918.

Cher Monsieur,

Votre aimable lettre, adressée au Dr Maurice Kraig, m'a été envoyée. Je l'ai fait parvenir au Président, lieutenant-colonel Keay, hôpital de guerre d'Edimbourg, Bangour. La prochaine réunion de notre Association se tiendra le 20 février 1919. Je suis convaincu que le Président y lira votre lettre et que l'Association vous retournera vos bons souhaits.

Je puis ajouter qu'en Angleterre, nous nous rendons compte, plus que nous ne l'avons jamais fait, de la bravoure et du courage de la nation française.

A vous bien sincèrement,

J. H. STEEN.
Secrétaire général de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande.

A cette lettre officielle, M. le Dr Steen a joint une lettre qui m'est personnelle et dont je vais vous donner la traduction.

13 décembre 1918.

Cher monsieur Ritti,

J'ai été réellement enchanté de recevoir votre lettre. Elle me suggère l'idée qu'il serait peut-être possible d'unir plus intimement les Associations d'Angleterre, des Etats-Unis et de la France. Je ne vois pas comment cela pourrait se faire, mais peut-être pourrait-on nommer des représentants et des délégués chargés d'assister aux réunions annuelles des autres Associations. Voyez-vous un moyen de faire autrement ?

Avec tous mes vœux pour la Christmas.

J. H. STEEN.

M. VALLON. — Pour répondre au vœu exprimé par notre collègue anglais, ne pourrait-on pas envisager l'organisation d'un Congrès international de médecine mentale, limité étroitement aux pays amis et alliés?

M. LE PRÉSIDENT. — L'idée de M. Vallon mérite, en effet, d'être prise en considération, et la Société devra la discuter à l'une de ses prochaines séances.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Par une délicate attention, M. le professeur Tamburini, président de la Société phréniatrique italienne, m'a envoyé de Rome sa réponse, le matin même de l'arrivée du roi d'Italie à Paris, sous la forme du télégramme suivant dont je donne la traduction :

Dr *Ant. Ritti*, 68, *boulevard Exelmans*, *Paris*.

Remerciements du profond du cœur pour l'affectueuse communication, vœu très honorifique de l'illustre Société médico-psychologique, avec l'expression de nos sentiments élevés de solidarité scientifique et morale internationale. Très honoré d'être chargé d'en donner communication à la prochaine réunion de la Société de Phréniatrie, qui adresse en échange ses sentiments très affectueux de fraternité aux illustres représentants de sa glorieuse sœur latine qui a pris une part glorieuse dans le triomphe du droit et de la civilisation en remportant ces merveilleuses victoires qui assurent pour toujours le sort de l'Humanité.

Professeur AUGUSTE TAMBURINI,
Président de la Société de Phréniatrie italienne.

©BIUM

M. LE PRÉSIDENT. — M. le Dr Vernon Briggs, de Boston, membre associé étranger de la Société médico-psychologique, assiste à notre séance. Le Dr Vernon Briggs, actuellement chargé d'un important service de psychiatrie sur le front français, est bien connu par ses travaux sur l'assistance des malades atteints d'affections mentales, à l'hospitalisation desquels il est parvenu à faire réaliser, aux Etats-Unis, des réformes remarquables.

Je saisis cette occasion pour lui souhaiter la bienvenue en votre nom, et je veux être votre interprète pour lui exprimer les sentiments de reconnaissance infinie que nous éprouvons pour ses compatriotes qui, depuis le début de la guerre, nous ont prodigué leur aide sous toutes les formes et qui, après s'être rangés à nos côtés, ont fourni un si formidable effort et ont pris une part si glorieuse à la victoire finale.

Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire et prix de la Société.

Sur la proposition du Bureau, la Société déclare vacantes deux places de membre titulaire, et décide que les prix de la Société médico-psychologique seront décernés en 1920 ; par suite les opérations des concours auront lieu suivant le mode normal prévu par les statuts. Ces mémoires et manuscrits devont être déposés fin décembre 1919.

Election du Bureau de 1919.

M. DUPAIN, vice-président, devenant de droit président, il est procédé au scrutin pour la nomination du vice-président pour l'année 1919.

M. TRÉNEL est élu *vice-président* à l'unanimité des suffrages.

M. LE PRÉSIDENT. — Notre collègue le Dr Trénel n'est pas au milieu de nous. Je prie M. le Secrétaire général de vouloir bien lui transmettre, avec nos félicitations, les résultats du vote que vous avez émis à l'unanimité. C'est un hommage bien mérité que notre Société a voulu rendre au courage indomptable, à la

vaillance dont a fait preuve notre collègue qui, bien que dégagé de toute obligation militaire, a tenu à partir au front où il est toujours resté en première ligne sans jamais vouloir consentir à revenir à l'arrière.

Les autres membres du Bureau sont proclamés par acclamation.

Secrétaire général : M. RITTI.

Secrétaires des séances : MM. CHARPENTIER et JUQUELIER.

Trésorier : M. PACTET.

Conseil de famille : Il se compose des membres du Bureau et des deux derniers présidents, MM. CHASLIN et COLIN.

Comité des finances : MM. BRIAND et SEMELAIGNE.

Comité de publication : MM. ARNAUD, KLIPPEL et VALLON.

Un cas de tumeur du lobe frontal chez un ancien commotionné (1),

par M. H. HOVEN, médecin-adjoint de la colonie-d'aliénés de Lierneux.

Ayant eu récemment l'occasion d'étudier un cas de tumeur cérébrale chez un ancien commotionné, il m'a paru intéressant d'en publier l'observation. Il s'agit d'un officier, qui avait été envoyé à notre hôpital en observation par une Commission de réforme avec les renseignements suivants : « Est présumé atteint de séquelles et symptômes tardifs de shell-shock ne se caractérisant pas seulement par des crises épileptiques, mais aussi par diminution des facultés mentales. » L'autopsie de cet homme nous a montré l'existence d'une tumeur dans le lobe frontal droit.

Les cas de tumeurs cérébrales ne sont pas excessive-

(1) J'emploie le terme « commotion nerveuse » dans le sens général de choc nerveux à la suite d'éclatement d'explosif à proximité immédiate, sans vouloir faire la distinction pathogénique entre commotion physique véritable et commotion psychique.

©BIUM

ment fréquents. La statistique de Martin renseigne 600 cas, celle de Duret 130 cas, dont 18 du lobe frontal.

En ce qui concerne l'étiologie de ces néoplasies, notamment du rôle joué par un traumatisme antérieur, on trouve peu d'indications dans la bibliographie. Suivant Brissaud, le traumatisme cranien semble dans quelques cas avoir été le point de départ de néoplasmes cérébraux, notamment de sarcomes et gliomes, qui se sont développés longtemps après l'accident, Duret, Rogues de Fursac signalent la même évolution.

Roussy et Cornil, récemment, ont rapporté un cas qui s'oppose à la théorie traumatique des gliomes. Leur malade, à la suite d'un violent traumatisme cranien, présenta d'abord de légers signes subjectifs (céphalées, vertiges), puis des troubles d'ordre confusionnel avec désorientation et obnubilation, et enfin un état comateux avec syndrome d'hypertension intracranienne. A l'autopsie, il existait un gliome du volume d'un marron d'Inde, occupant la région sous-thalamique et pédonculaire. Dans ce cas, il ne pouvait être établi de rapport de cause à effet entre l'accident et le développement de la tumeur.

Mais, chez tous ces malades, il s'agit de traumatisme cranien intense, ayant eu une influence directe sur l'encéphale. Or tel n'est pas le cas du traumatisme commotionnel, qui est le plus souvent un choc émotionnel, notamment chez notre malade.

Observation. — O... J..., sous-lieutenant auxiliaire du ...e ligne, marié (un enfant), âgé de trente-deux ans, entré en décembre 1917. Ce militaire a été commotionné à Lierre (Belgique) le 6 octobre 1914, par l'explosion d'un obus à proximité. L'obus est tombé à une dizaine de mètres ; deux à trois soldats près de lui ont été tués; lui-même est tombé sous le choc, mais n'a pas perdu connaissance ; il a pu se relever. Il avait la tête drôle (bourdonnements dans la tête, dit-il) ; il était sourd.

Depuis ce moment, il est maladif. Il continue cependant son service au front jusqu'en décembre 1914.

Peu après le traumatisme (quinze jours d'après les renseignements qui me furent donnés), il présente une première crise d'épilepsie. Depuis juillet 1915 son état s'est aggravé; les crises se répètent à intervalles assez rapprochés (deux à trois par mois) ; il se plaint de céphalées intenses surtout occi-

pitales. Il séjourne dans différents hôpitaux, puis finalement nous arrive en convalescence.

Nous n'avons pas beaucoup de renseignements sur les antécédents de ce malade. Une sœur serait morte, à l'âge de trois ans, de convulsions. L'intéressé nie tout antécédent vénérien et alcoolique.

D'après mon confrère le Dr Leroy, qui l'a observé à l'hôpital Saint-Emile, à Calais, en août 1917, il présentait alors une diminution très nette de la mémoire et une obnubilation intellectuelle, qui est allée en s'accentuant. Il a présenté des idées informes de persécution; il prétendait que ses camarades faisaient du bruit pour l'ennuyer (ils agitaient des chaînes de chevaux, disait-il). Parfois, il se levait la nuit et parcourait le cantonnement avec un yatagan; d'autres fois, il luttait avec son traversin, puis se mettait à rire sans motif.

Etat à l'entrée à l'hôpital de Chateaugiron en décembre 1917. — La nutrition est peu satisfaisante, il se plaint de fatigue constante. Les réflexes tendino-osseux supérieurs sont faibles, les inférieurs sont vifs, exagérés avec secousses cloniques. Les pupilles sont sensiblement égales; leurs réactions sont normales. Romberg. Exophtalmie. Titubation. Tremblement fibrillaire de la langue, des mains, des muscles de la face. Secousses cloniques des muscles de la face pendant la parole. Tremblement généralisé pendant l'examen.

Le malade est bien orienté. Mémoire déficiente : il oublie, se trompe dans les dates. Léger trouble de l'écriture. Stupeur profonde. Les connaissances usuelles sont bonnes. L'intelligence ne semble pas très atteinte. Pas d'hallucination ni de délire actuellement. Le sommeil est souvent agité (soubresauts nerveux).

Pendant son séjour à l'hôpital, cet homme a présenté des crises épileptiques assez fréquentes, généralisées, avec chute, morsure de la langue, perte de connaissance, amnésie consécutive, fatigue, gâtisme. Vers la fin, il présentait de plus des convulsions de courte durée sans perte de connaissance, limitées au bras gauche. Il se plaignait constamment de céphalées intenses. Il urine au lit régulièrement.

Au point de vue mental, on observait simplement un état de prostration, d'apathie, d'indifférence totale, d'inhibition. Le malade reste le plus souvent au lit, immobile, silencieux. Pour l'amener à s'habiller, on doit le pousser, l'aider, sinon il s'arrête. Levé, il demeure sans bouger dans le même endroit. Lorsqu'il mange, on doit de même l'aider, sinon il ne s'alimente pas. Il ne donne pas de nouvelles à sa famille ; il ne s'intéresse à rien. De lui-même, il ne parle pas. Interrogé, il répond seulement, après de nombreuses insistances, par courtes phrases.

©BIUM

Il est toujours bien orienté. On n'a pas constaté à Chateau-giron d'hallucination.

Ce qui domine donc, c'est un état de torpeur, d'inhibition psychique avec crises épileptiques.

La réaction de Wassermann était négative. Son état physique s'est aggravé peu à peu ; le malade est mort en février 1918, sans changement dans son état. L'autopsie partielle, faite douze heures après la mort par mon confrère le Dr Van Hirtum, a montré l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une orange dans le lobe frontal droit du cerveau.

Autopsie. — La calotte cranienne présente une large plaque d'atrophie osseuse de la grandeur de la paume de la main au niveau de la région frontale droite. Les méninges molles sont œdématiées. Le lobe frontal droit du cerveau proémine vers l'extérieur en haut. A ce niveau, la consistance du cerveau est assez fortement diminuée. En dedans de cette zone, le tissu cérébral est sclérosé. Les lobes frontaux ont leurs circonvolutions à peine marquées, surtout à droite. Hypertension du céphalo-rachidien. Sclérose des gros vaisseaux de la base. En incisant le lobe frontal droit du cerveau, on y découvre une tumeur ayant le volume d'une orange ; de consistance gélatineuse, très vascularisée, de couleur blanc rosé, se continuant avec le tissu nerveux sans limite bien nette, non énucléable. Cette tumeur présente, en certains endroits, de petites cavités kystiques. Elle occupe le centre ovale du lobe frontal ; elle a une forme irrégulière, atteint au niveau de F_2 la périphérie du cerveau. En arrière, cette néoplasie diminue d'importance ; elle se poursuit jusqu'au niveau du noyau caudé où s'observe encore un petit fragment, situé en dessous de l'épendyme du ventricule médian.

A l'examen histologique, cette tumeur se trouve constituée par un stroma conjonctif à mailles ovalaires, renfermant de nombreux lymphocytes. On observe de nombreux vaisseaux néoformés.

Dans le tissu nerveux au voisinage immédiat de la tumeur (F_2) les cellules nerveuses sont pour la plupart disparues ; on y observe une prolifération de la névroglie et une néoformation de vaisseaux.

L'examen histologique complet du cerveau n'a pu encore être pratiqué.

Résumé. — Cette tumeur s'est donc extériorisée tout d'abord par des crises d'épilepsie, puis par des troubles psychiques et céphalée. A aucun moment, ce malade n'a présenté ce caractère jovial, ces alternatives de tor-

peur et de gaîté souvent signalés (Jastrowitz, Oppenheim, Brüns), ni le puérilisme psychique relevé par Dupré et Devaux, Martel et Chatelin.

Des idées de persécution, des interprétations délirantes ont été signalées par Vigouroux, Benon, Swolff, Targowla. Ici aussi, on a observé des idées vagues de persécution. Notons aussi les symptômes d'incoordination motrice, d'ataxie légère.

En somme donc, au point de vue clinique, ce cas ne présente rien de bien particulier. Mais il est assez intéressant en ce qui concerne l'étiologie de la néoplasie, c'est-à-dire les relations qui pourraient exister entre le choc émotionnel et les troubles mentaux observés. Nous ne possédons pas beaucoup de renseignements sur l'état de ce militaire antérieurement au traumatisme; mais, vu la sclérose artérielle constatée à l'autopsie, nous pouvons soupçonner une intoxication alcoolique.

Les lésions observées (atrophie osseuse, grosseur de la tumeur) nous montrent qu'il s'agit d'un processus ayant débuté depuis longtemps, et qui par conséquent ne peut être considéré comme étant la conséquence directe du choc commotionnel. La tumeur existait déjà vraisemblablement à cette époque. D'ailleurs, suivant Duret, l'évolution des gliomes, des gliosarcomes et sarcomes est souvent lente, dure parfois plusieurs années. Et il est connu que la tumeur peut persister un certain temps à l'état latent sans s'extérioriser par aucun symptôme. C'est le cas notamment pour les néoplasies qui débutent au centre de la substance blanche du lobe frontal. Ces tumeurs, dit Duret, peuvent rester pendant un temps assez long à peu près silencieuses ; dès qu'elles atteignent un certain volume, les troubles psychiques s'accusent.

Chez notre malade, le traumatisme n'a-t-il eu aucun effet? Les crises d'épilepsie sont apparues peu après, les symptômes d'amnésie, de déficience, quelques mois après. Il s'agit peut-être là d'une simple coïncidence. Mais il est aussi très plausible que le choc commotionnel ait donné une sorte de coup de fouet aux lésions existantes et amené une prolifération plus rapide de la tumeur. Mais il est naturellement très difficile de décider avec toute certitude, étant donné surtout que nous

©BIUM

connaissons assez mal l'état antérieur de notre malade, ce qui est d'ailleurs la règle générale en temps de guerre.

Donc, au point de vue militaire, nous pouvons tout au plus admettre l'influence aggravante du traumatisme, et encore ce point est-il sujet à caution.

DISCUSSION.

M. Dupré. — L'observation de M. Hoven est une observation intéressante, mais classique, de tumeur cérébrale.

L'auteur conclut qu'il admet tout au plus l'aggravation, c'est-à-dire la rapidité de l'évolution, de l'état du malade sous l'influence du traumatisme nerveux mal déterminé subi par cet officier. C'est encore excessif à mon sens. Il y a tout au plus coïncidence, d'autant qu'ici la commotion semble avoir été peu importante; et à ce propos, je regrette une fois de plus que, malgré les efforts de certains observateurs, la confusion semble persister pour d'autres entre émotion et commotion.

M. Colin. — A l'autopsie d'un militaire en traitement dans mon service, nous avons récemment trouvé une tumeur cérébrale dont l'évolution clinique avait été totalement méconnue. Ce sujet était entré pour un état délirant qui nous avait paru banal : mais après l'autopsie, nous n'avons pas songé à établir une relation de cause à effet entre la tumeur et les accidents ou fatigues du service.

Un cas de diagnostic difficile de paralysie générale,

par M. V. Sarazin (service du Dr Colin, asile de Villejuif).

Le diagnostic de la paralysie générale offre quelquefois les plus grandes difficultés : l'observation suivante en fait foi.

Le malade dont il s'agit, déjà examiné par plusieurs médecins aliénistes, a été l'objet de diagnostics variés

et plus ou moins définitifs; son cas prête, en effet, à la discussion :

O... entre à l'asile de Villejuif le 14 décembre 1918.

Sa sœur, internée en 1915 à l'asile de Clermont pour manie, se trouve encore dans une maison de santé.

Nous n'avons rien relevé de particulier au point de vue pathologique dans l'enfance de notre malade. Il fait ses études secondaires, obtient son baccalauréat moderne à seize ans, prépare sans succès l'Ecole centrale, entre après concours à l'Ecole des hautes études commerciales et en sort deux ans plus tard dans les premiers rangs de sa promotion.

Son service militaire fait, ayant obtenu une bourse de voyage pour l'étranger, il part en 1897 pour le Mexique. En 1898, il contracte la syphilis et ne se traite que peu de temps. En 1899, il se marie et ouvre un hôtel. En 1901, ses affaires ne prospérant pas, il quitte femme et maison et rentre en France.

A partir de cette date, il fait de la représentation de commerce. Mais il manque de confiance en lui-même et quitte spontanément plusieurs maisons par crainte d'incapacité.

En 1912, O... trouve chez sa sœur, sage-femme, différents ouvrages sur la syphilis, en particulier ceux de Fournier. La lecture de ces livres le trouble, il pense à son chancre de 1898; il s'inquiète et va consulter son médecin, qui lui fait plusieurs séries de piqûres intramusculaires. A la même époque, il se lance dans une affaire de broderies et perd 10.000 francs en peu de temps.

Quelques mois plus tard éclatent ses premiers troubles mentaux. Un soir, réunissant quelques amis, il leur annonce dans un discours son intention de fonder une ligue pour l'amélioration physique, intellectuelle et morale de la race humaine. Il était très excité et souffrait d'une céphalée intense. Sa famille le fait soigner dans une maison de santé privée. Dix mois plus tard, il en sort guéri, rentre à Paris et reprend ses occupations.

Mobilisé en 1914, au 39e régiment d'infanterie territoriale, il va au front en février 1915, en est évacué le 17 juillet pour diarrhée. Sa famille prétend qu'il fut atteint de fièvre typhoïde et qu'à l'ambulance il fut commotionné par l'éclatement d'un obus. En septembre, O... entre au Val-de-Grâce; le 9, il va à Ville-Evrard où le Dr Leroy le déclare atteint d'excitation psychique avec euphorie, amnésie de fixation, troubles de l'attention. Commotion par un gros obus. Sœur internée à l'asile de Clermont. Syphilis ancienne. Le certificat de quinzaine porte : excitation maniaque avec loquacité. Met le trouble partout. A maintenir.

©BIUM

O... n'a que des souvenirs très vagues de son internement et de la période qui l'a précédé.

Il est réformé temporairement en mai 1916, et, sur la demande de sa famille, M. le Dr Rogues de Fursac le remet en liberté avec le certificat suivant :

O... est atteint de syphilis cérébrale. Affaiblissement de la mémoire et du jugement. Excitation hypomaniaque, qui a été très vive, mais qui, actuellement, est notablement atténuée. Pupilles contractées et déformées. Dysarthrie très légère et intermittente. Lymphocytose et hyperalbuminose céphalo-rachidiennes.

En août 1916, l'armée le reprend pour le réformer aussitôt pour un motif que nous ignorons.

Rendu à la vie civile, il veut refaire du commerce; mais il se voit obligé de quitter plusieurs maisons, étant incapable de commander, donnant des ordres contradictoires, faisant des erreurs. Pendant dix-huit mois, il vit dans l'inactivité la plus complète. Durant cette période, il consulte M. le Dr Roubinovitch, qui lui conseille de suivre un traitement antisyphilitique. Il se fait soigner dans un établissement où on lui fait des injections intraveineuses de Galyl.

Notre malade s'affecte beaucoup, se croit paralytique général, se sent incapable de tout travail et inutile. Il décide de se jeter à l'eau; arrivé au bord de la Seine, il hésite, puis change d'avis : il ira à Mantes et se laissera mourir de faim dans un coin obscur de la cathédrale. Pendant deux jours, il erre dans la campagne. Enfin, il échoue à Pontoise, où il prend, sans billet, le train pour Paris. En chemin, il chante l'*Internationale*. A la gare du Nord, on l'arrête, il se révolte, répond d'une façon incohérente : il est conduit à l'infirmerie du Dépôt et envoyé à Sainte-Anne par M. le Dr Delmas, qui déclare que O... est atteint de paralysie générale progressive avec exaltation psychique, euphorie, conscience très troublée, désordres multiples des actes. Réformé récemment n° 2, sorti depuis juillet 1916 de l'asile de Ville-Evrard, en rémission, a voyagé sans billet de Pontoise à Paris-Nord, et à la gare a répondu de façon incohérente.

M. le Dr Briand l'examine et conclut :

O... est atteint de dégénérescence mentale avec alternatives d'excitation et de dépression, obsessions, préoccupations hypochondriaques. Syphilis probable.

O... entre dans le service de M. le Dr Colin le 14 décembre. Il est âgé actuellement de quarante-deux ans.

Le teint est blafard, les traits du visage légèrement effacés. Il s'annonce avec une certaine complaisance paralytique général extralucide.

Il répond bien à nos questions portant sur les faits les plus anciens, il nous donne des précisions sur les dates. Mais pour les faits les plus récents, postérieurs à 1912, sa mémoire est très infidèle. Il se rappelle vaguement ses crises d'excitation.

Mais ce qui frappe chez O..., ce sont ses lamentations hypochondriaques : « Je suis paralytique général au maximum. Je sens mon cerveau se paralyser de jour en jour. Je suis incapable de tout travail, je n'ai jamais rien fait de bien, je n'ai d'ailleurs jamais été normal, etc. ». Sa physionomie n'est jamais en harmonie avec ses paroles, elle est indifférente ou même souriante. Une seule fois, O... a pleuré.

O... se plaint encore de sensation de constriction à la tête, de douleur lombaire, de faiblesse générale.

Il mange beaucoup. Son sommeil ne dure que trois à quatre heures. Il n'a pas de cauchemars.

Il n'accuse aucune hallucination ni aucun délire. Durant les interrogatoires, nous n'avons remarqué chez O... aucun embarras de la parole, même aux mots d'épreuve. Son écriture est normale.

Il n'a pas de tremblement de la langue et des doigts.

L'examen des yeux montre du myosis; de l'inégalité pupillaire. Les réflexes, à la lumière et à l'accommodation, persistent.

Les réflexes rotuliens sont normaux; il n'y a pas de signe de Romberg.

Nous n'avons pas trouvé chez O... le souvenir d'un ictus. Il ne présente aucun trouble de la motilité et de la sensibilité.

M. le Dr Colin, dans le certificat immédiat, dit que O... présente des idées hypochondriaques avec alternatives d'excitation et de dépression. Aurait eu des idées de suicide. Dit avoir été soigné pour paralysie générale progressive. Légère inégalité pupillaire au profit de la pupille gauche. Les pupilles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Pas d'embarras de la parole.

La réaction de Wassermann, faite sur le liquide céphalo-rachidien, fut positive. En outre, ce liquide présentait de la lymphocytose et de l'hyperalbuminose s'élevant à 0 gr. 56 à l'albuminimètre de Sicard et Cantalouble.

Dans quelle affection mentale ranger ce malade?

Est-ce une psychose primitive évoluant chez un dégénéré et accompagnée d'une réaction méningée d'origine syphilitique?

Ou est-ce une psychose secondaire d'origine syphilitique ou du moins parasyphilitique?

©BIUM

L'affaiblissement intellectuel d'O..., les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien, les résultats de la thérapeutique nous font incliner vers cette dernière opinion.

Est-ce la syphilis cérébrale? Aucun symptôme ne nous révèle une localisation cérébrale de la syphilis. Les troubles psychiques et leur évolution ne sont pas en contradiction avec cette localisation. Qu'a donné la thérapeutique? Aucun résultat favorable. Nous faisons ici une remarque intéressante : depuis 1912, notre malade s'est soumis deux fois à un traitement antisyphilitique, deux fois le traitement a été suivi d'une crise d'excitation. Ce fait ne prouverait-il pas qu'il y a une relation entre le terrain syphilitique de O... et ses troubles mentaux?

Ou enfin, ne sommes-nous pas en présence d'un paralytique général conscient, comme on en rencontre parfois dans les hôpitaux ou en ville? L'hypothèse est possible. O... aurait alors une de ces formes de paralysie générale qui se développe chez les dégénérés et dont l'évolution très lente, irrégulière, est coupée de rémissions plus ou moins longues.

DISCUSSION.

M. LWOFF. — J'ai observé ce malade pendant que je remplaçais M. Leroy à Ville-Evrard; son état ne s'est guère modifié depuis.

M. DUPRÉ. — Il est évident que l'on doit discuter ici le diagnostic de paralysie générale, la syphilis étant certaine. Mais, malgré l'espèce de satisfaction paradoxale avec laquelle le sujet s'affirme intellectuellement déchu sous l'influence de sa maladie, je ne crois pas à la méningo-encéphalite. Ne résulte-t-il pas de l'étude de ses antécédents que le niveau de ses facultés intellectuelles a toujours été faible?

M. COLIN. — Il est exact qu'il n'a jamais réussi à grand'chose.

M. DUPRÉ. — Eh bien, malgré qu'il soit en puissance de syphilis, cette infection n'est probablement pour rien dans l'éclosion des manifestations psychopathiques actuelles, c'est un débile délirant, légèrement

excité, avec association de certains éléments dépressifs à cette excitation : les préoccupations hypocondriaques. M. Séglas a d'ailleurs insisté à juste titre sur la difficulté du diagnostic différentiel avec la paralysie générale de certains états d'hypomanie évoluant chez des débiles.

M. LWOFF. — Quand j'ai eu l'occasion de suivre ce malade, il ne m'a jamais donné l'impression d'un débile ; par contre, j'ai été frappé de l'existence chez lui de symptômes d'hypomanie.

M. DUPRÉ. — Quoi qu'il en soit, lorsqu'il n'existe ni dysarthrie, ni d'autres troubles pupillaires que l'inégalité, la paralysie générale n'est pas probable.

M. TRUELLE. — N'existe-t-il pas de la paresse du réflexe lumineux?

M. COLIN. — A nos examens à l'entrée, il ne nous a pas semblé.

M. PACTET. — La dysarthrie est un signe physique des plus importants pour le diagnostic de la paralysie générale précoce ; toutefois, il est des cas où ce symptôme n'apparaît que tardivement.

M. COLIN. — Notre malade nous réclame un traitement énergique ; que devons nous faire?

M. DUPRÉ. — Je ne crois pas qu'il soit indiqué de le traiter actuellement.

M. VALLON. — L'excitation succède quelquefois au traitement intensif.

M. JUQUELIER. — Le malade a-t-il eu des périodes d'inactivité totale, d'impuissance, des périodes dépressives caractérisées en un mot?

M. COLIN. — Il lui est arrivé même d'avoir des idées de suicide.

M. JUQUELIER. — Il s'agit peut-être d'un circulaire, dont les accès expansifs et dépressifs sont peu accentués ; et ses échecs successifs, dans ses différentes entreprises, peuvent ainsi s'expliquer sans qu'on le considère, à proprement parler, comme un débile intellectuel.

©BIUM

Deux cas de paralysie générale sénile. Présentation d'un malade,

par M. R. MOURGUE
(Asile de Villejuif. Service de M. le Dr Colin).

Premier cas. — M. H..., serrurier d'art, est âgé de soixante et un ans. D'origine hongroise, mais non naturalisé, il est établi depuis trente-sept ans à Paris; aussi parlait-il couramment le français, quoique avec un léger accent. Très sobre, il n'a jamais fait d'excès de boissons; nous n'avons connaissance d'aucun traumatisme dans ses antécédents. Fait important, sa femme, dont il est divorcé, lui aurait communiqué la syphilis il y a plus de dix ans.

Le début de la maladie actuelle remonterait à six mois environ; tous les renseignements recueillis et soigneusement critiqués sont unanimes sur cette date. A cette époque est survenue de l'amnésie dont il se rendait compte lui-même; il oubliait le nom de ses clients, le nom des rues. Il s'est ainsi perdu, plusieurs fois, dans Paris. Appelé un jour chez le commissaire de police pour justification de son identité, il s'égare au retour et, alors que le commissariat est tout près de son domicile, il prend le métro dans une direction opposée. Comme cela est fréquent chez les séniles, il cachait les clefs de son appartement, puis, ne les retrouvant pas, il disait qu'on les lui avait prises. C'est ainsi qu'il dut passer toute une nuit dans la cour de l'immeuble qu'il habitait. Il avait même oublié que ses fils servaient sur le front dans l'armée française et c'est à cette particularité qu'il devait, quoique non naturalisé, l'autorisation de séjourner librement à Paris. Il avait, le plus souvent, conscience de son amnésie; alors qu'il ne parlait plus la langue hongroise depuis trente-sept ans, il lui arrivait, ces derniers temps, de parler tantôt français tantôt hongrois.

On avait remarqué aussi, depuis trois mois, une dysarthrie des plus nettes ainsi qu'une parésie assez accentuée des membres inférieurs, à tel point que des personnes de son entourage auraient dit : « Il marche comme un homme ivre », remarque qui n'est peut-être pas très exacte au point de vue scientifique sous cette forme, mais qui n'en est pas moins intéressante.

Il n'a jamais exprimé d'idées de grandeur, mais a manifesté, à diverses reprises, des idées de persécution : on le dévalisait; sa femme et ses fils étaient d'accord pour lui extorquer une assurance sur la vie de 15.000 fr., qu'il possède, d'ailleurs,

réellement. Dernièrement, M. H... est monté sur le toit de la maison qu'il habite, disant qu'il allait nettoyer les chenaux. Les voisins eurent beaucoup de peine à le faire descendre, car il s'obstinait à rester dans sa dangereuse position, criant : « Laissez-moi travailler ! » C'est cet acte démentiel qui a provoqué, de la part de sa femme, une demande d'internement.

A l'entrée, ce qui frappe chez ce malade, c'est la désorientation ; il ne peut dire où il se trouve (« Je suis chez vous, ici, c'est tout ce que je peux dire ; comme mémoire, maintenant, c'est tout ce que je peux dire... Qu'est-ce qui se passe ? Où je suis ? Je ne sais pas »). La dysarthrie est très marquée, et on remarque également une amnésie très profonde. C'est ainsi qu'il lui est arrivé de présenter de l'aphasie amnésique et de ne pouvoir désigner une montre, un chapeau ou un porte-plume autrement qu'en hongrois, quoiqu'il ne se serve plus de cette langue depuis trente-sept ans. A ce moment, il nous fit remarquer : « Je parlais le français beaucoup mieux. » Il ne peut dire l'âge de ses fils qui servent dans l'armée française ; bien plus, il ne peut même préciser son âge (« une soixantaine d'années »). Ces grosses erreurs ne sont cependant pas constantes dans le temps.

Fait à retenir, notre malade se rend compte des symptômes que nous venons de signaler. Faisant allusion à sa dysarthrie qui était, paraît-il, plus accentuée avant l'entrée, il nous dit : « Je parlais encore, mais *incertain* ; la parole n'était pas *certaine*. Maintenant ça va mieux, beaucoup mieux. J'étais comme fou, je ne savais pas ce que je disais. Je divaguais beaucoup. » Il a conscience de son amnésie (« *Je suis loin de ma mémoire*, je n'ai plus de mémoire. » « Je n'ai plus de mémoire, je ne me rappelle de rien »). De même, il accompagne ses réponses, qui dénotent un affaiblissement intellectuel certain, de restrictions telles que celles-ci : « Si je ne me trompe pas... je ne pourrais le garantir, je ne me rappelle de rien. » On n'observe pas chez lui la suggestibilité classique chez les déments paralytiques ; lorsqu'on lui propose de signer un reçu de 10.000 francs, il sourit et affirme qu'il ne doit rien à personne ; de même si on lui pose une question absurde (en lui demandant si ses fils sont plus âgés que lui), il réagit normalement, en s'étonnant d'abord, puis en souriant.

Cet état mental, comme on le voit, est un peu atypique, comme cela a été relevé dans la paralysie générale sénile. Il se rapproche un peu par ses idées vagues de vol, de spoliation, ainsi que par les actes qui l'accompagnent, de l'état mental de la sénilité cérébrale proprement dite.

Au point de vue somatique : pupilles inertes à l'excitation lumineuse, fort tremblement fibrillaire de la langue, réflexe

©BIUM

rotulien vif, parésie des membres inférieurs. Aucun signe de lésions en foyer. La ponction lombaire ne laisse aucun doute sur le diagnostic.

Réaction de Nonne-Apelt : positive.

Hyperalbuminose : plus de 0 gr. 71 par litre (à l'albuminimètre de Sicard et Cantaloube).

Lymphocytose : confluente.

Wassermann (pratiqué à l'Institut Pasteur) : +.

Glycose : absent.

Nous noterons que, sur 42 liquides céphalo-rachidiens que nous avons examinés à l'asile de Villejuif, dans le service de M. le Dr Colin, au point de vue de la teneur en albumine, nous n'avons rencontré qu'une fois un chiffre supérieur (0 gr. 85) et deux fois un chiffre équivalent.

Ce malade était entré à l'asile de Villejuif, le 16 décembre 1918; quelques jours après sa présentation devant la Société médico-psychologique, il est décédé à la suite d'un ictus survenu le 18 janvier 1919. Cet ictus a présenté le caractère classique des ictus survenant chez les paralytiques généraux. Il nous a paru intéressant de relater succinctement les résultats de l'observation macroscopique du cerveau, des fragments ayant été prélevés pour un examen histologique ultérieur.

Examen du cerveau : Pas d'atrophie sénile des circonvolutions; aspect globuleux dû à la distension énorme des ventricules latéraux par le liquide céphalo-rachidien. Athérome des artères de la base. Méninges injectées de sang, épaissies et blanchâtres par endroits. Adhérences à la partie interne des deux pôles frontaux, quand on sépare, avec les doigts, les deux hémisphères l'un de l'autre. La décortication méningée entraîne des déchirures punctiformes à la surface du cortex. Les adhérences siègent surtout à la partie inférieure des circonvolutions centrales et au niveau du lobe pariétal, du côté gauche; à droite, principalement aux alentours de la scissure de Sylvius. Distension des ventricules latéraux par le liquide céphalo-rachidien (1). Leur surface est chagrinée et donne aux doigts la sensation d'une « langue de chat ». Les diverses coupes pratiquées sur le cerveau, cervelet et tronc cérébral ne nous ont rien appris au point de vue macroscopique.

Deuxième cas. — Il s'agit également d'un malade âgé de soixante et un ans, entré le 17 décembre 1918 à l'asile de Villejuif avec le certificat suivant du Professeur Dupré : « Est

(1) Nous avons pu recueillir ce liquide et l'examiner après centrifugation. Outre d'innombrables lymphocytes, il renfermait de grands placards épithéliaux.

atteint de paralysie générale progressive. Etat démentiel. Inconscience de sa situation. Idées colossales de grandeur, de richesse, de puissance, projets fantastiques. Il possède des milliards, trois dirigeables, trente avions, etc. Il est maréchal de France, sa fille aussi, son fils également. Accrocs de la parole, instabilité de la langue et des mains. Marche très difficile, hésitante... »

Nous n'insisterons pas sur la description clinique de ce malade, qui est un cas tout à fait classique de paralysie générale; l'affaiblissement intellectuel global, les idées absurdes de grandeur, l'altruisme pathologique, l'euphorie, les signes physiques, etc., tout y est. Nous désirerions seulement l'opposer au malade précédent, qui a exactement le même âge mais offre, ainsi qu'on l'a vu, une symptomatologie mentale bien différente. Fait curieux, c'est le malade qui offre le tableau typique de la paralysie générale qui, dans son habitus extérieur, ressemble le plus à un sénile.

Voici le résultat de la ponction lombaire pour ce dernier cas :

Réaction de Nonne-Apelt : fortement +.

Hyperalbuminose.

Lymphocytose : confluente.

Wassermann (pratiqué à l'Institut Pasteur) : +.

Nous rappellerons, en terminant, que la paralysie générale sénile n'est pas très fréquente. Magnan et Sérieux ne l'admettent que dans la proportion de 1,2 p. 100 et M. Arnaud écrivait en 1897 (Congrès de Toulouse) : « A partir de cinquante-cinq ans, la paralysie générale devient vraiment rare ; en présence d'un sujet de cet âge, il convient de redoubler d'attention et de n'admettre le diagnostic de paralysie générale que sous le bénéfice d'un inventaire rigoureux et plusieurs fois répété (1). » Parmi les auteurs étrangers, Siemerling, sur 284 cas de paralysie générale, n'en trouve que 6 (2,1 p. 100) pour lesquels l'âge des sujets était supérieur à soixante ans ; dans la statistique d'Obersteiner, l'âge le plus élevé était soixante ans. Cependant deux auteurs brésiliens, Moreira et Vianna, auxquels nous empruntons les chiffres immédiatement précédents, ont publié, en 1913, le cas d'un nègre de quatre-vingt-

(1) Cf. M. Olivier. De la paralysie générale sénile. *Revue de psychiatrie*, 1906.

©BIUM

dix-neuf ans, dont le diagnostic de paralysie générale fut vérifié par l'examen du liquide céphalo-rachidien et l'étude histologique du cerveau (1).

DISCUSSION

M. VALLON. — C'est, comme le précédent, un cas où le diagnostic de paralysie générale est à discuter. Ici, c'est la question de l'âge du malade qui commande des réserves. J'observe actuellement dans mon service un malade également âgé et qui donne lieu aux mêmes hésitations qu'ici.

M. DUPRÉ. — Dans le cas de MM. Colin et Mourgue l'usage plus facile que, depuis quelque temps, le malade semble faire du hongrois, sa langue maternelle, est un élément en faveur de la semence sénile.

Désertion paradoxale. Fugue délirante récidivante,

par M. RENÉ CHARPENTIER, ancien chef de clinique des maladies mentales, ancien chef du Centre neuro-psychiatrique de la ...e armée.

Déjà avant la guerre actuelle, l'étude psychiatrique de la désertion avait tenté de nombreux auteurs (2). Le professeur Régis (3), qui s'intéressait tout particulièrement à la médecine légale militaire, donna en 1909 un résumé de la question. Dans ce travail, il exposait la fréquence de cette infraction aux lois militaires, l'importance de l'examen mental des militaires en prévention de Conseil de guerre, et les modalités psychiatriques habituelles de la désertion. Au Congrès de Nantes, qui eut lieu la même année, les rapports de

(1) J. Moreira. u. Vianna. Die allgemeine progressive Paralyse bei Greisen. *Ztschr. f. die ges. Neurol. u. Psychiatrie*, 1913, Origin., Bd XVIII.

(2) Grasset. Les maladies mentales dans l'armée et les fugues en psychiatrie. Histoire d'un déserteur-voyageur. *L'Encéphale*, 1908, t. II, p. 370.

(3) Professeur Régis. Les fugues militaires au point de vue médico-légal. *Le Caducée*, 1909.

Victor Parant (1), de Granjux (2), de Rayneau (3), les communications de Chavigny (4), Haury (5), Dupouy (6), Robert Mabille (7) et l'intervention du professeur Simonin (8), confirmèrent l'intérêt apporté dès le temps de paix par les aliénistes français à l'étude de cette importante question.

« On pourrait presque dire, écrivait le professeur Régis, que tout, en criminalité militaire, aboutit à la fugue. » Considérée isolément, la fugue, qu'elle aboutisse pénalement à l'absence illégale ou à la désertion, est la réaction médico-légale militaire la plus fréquente. Elle s'associe, en outre, très souvent, aux autres infractions qui relèvent de la justice militaire.

La guerre actuelle, remarquable par sa longueur, sa continuité et son étendue, en augmentant à la fois et dans des proportions insoupçonnées le nombre des hommes sous les drapeaux et la fréquence des circonstances étiologiques, devait fournir un riche appoint à l'étude psychiatrique des fugues en même temps qu'à l'étude médico-légale des désertions pathologiques. L'autorité militaire, justement soucieuse de l'administration de la justice par les conseils de guerre siégeant aux armées ou dans les régions de l'intérieur, multiplia les examens médico-légaux des prévenus, examens pratiqués par des experts spécialistes, le plus souvent choisis parmi les aliénistes des centres de neuro-psychiatrie des armées et des régions.

---

(1) Victor Parant. *Les fugues en psychiatrie*. Rapport au XIXe Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Session de Nantes, août 1909. Compte rendu par Ch. Mirallié. Masson, éditeur.

(2) Granjux. *L'aliénation mentale dans l'Armée. Id.*

(3) A.-J. Rayneau. *L'aliénation mentale dans l'Armée. Id.*

(4) Chavigny. *Précocité des réactions psychopathiques dans le milieu militaire. Id.*

(5) Haury. *Les fugues dans l'Armée (désertions, absences illégales). Id.*

(6) Roger Dupouy. (*In* Discussion de Rapport de M. Victor Parant). *Id.*

(7) Robert Mabille. *Les aliénés militaires à l'Asile de Lafond pendant une période de dix années. Id.*

(8) Professeur J. Simonin. *Note au sujet de l'expertise psychiatrique en général et dans l'Armée* (*in* Congrès de Nantes).

©BIUM

Grâce à ces conditions, favorables les unes à l'éclosion du syndrome, les autres à son étude, un grand nombre d'observations ont pu être réunies parmi lesquelles on peut déjà citer celles publiées par Barat (1), Logre (2), Raymond Mallet (3), etc. M. Briand (4), dans une étude d'ensemble très intéressante, présentée dès le 8 février 1915 à la Société de médecine légale, exposa les principales modalités de la désertion pathologique, en insistant sur l'attention avec laquelle l'expert doit observer et contrôler la sincérité du sujet, tant par les renseignements que par l'étude patiente des faits.

Parmi les désertions pathologiques, il en est qui présentent un caractère médico-légal intéressant que j'ai déjà signalé dans une précédente communication (5). Ce sont des désertions que l'on peut qualifier de paradoxales, et, sous le nom de *désertion paradoxale*, j'entends toute *désertion dont le but est en contradiction avec la satisfaction de l'instinct de conservation.*

En temps de guerre, toute désertion non pathologique a pour but de fuir le danger, beaucoup de désertions pathologiques ont le même but, d'autres désertions morbides peuvent être sans rapport avec les risques de guerre mais cependant contribuer à en éloigner le sujet.

Une désertion est paradoxale, au contraire, lorsque l'inculpé, loin de fuir la zone de combat, s'y rend volontairement comme dans l'observation que j'ai déjà rapportée à la Société, ou tout au moins déserte sans quitter cette zone comme dans l'observation que je vais maintenant résumer ici. Une telle désertion, qui ne tend pas à préserver l'individu des risques de guerre, pré-

---

(1) L. Barat. Une fugue confusionnelle en temps de guerre. *Journal de Psychologie*, nov.-déc., 1914.

(2) Logre. Sur quelques cas de fugue pathologique devant l'ennemi (Soc. méd. chir. V^e^ Armée, 27 nov. 1915). *Revue Neurologique*, juillet 1915.

(3) Raymond Mallet. Fugue et délire. Contribution à l'étude des troubles psychiques de la guerre. *Ann. médico-psych.*, juillet 1917.

(4) M. Briand. Médecine légale de guerre. Les fugueurs à l'Armée. *Soc. méd. lég.* Séance du 8 février 1915.

(5) René Charpentier. Désertion paradoxale. Fugue récidivante chez un mélancolique intermittent. (Soc. méd. psych. Séance du 25 février 1917). *Ann. méd.-psych.*, mai 1918.

sente un caractère médico-légal spécial qui, dès le premier examen, paraît pathologique aux magistrats. En outre, au point de vue clinique un déserteur qui, volontairement, se rend ou demeure sous les rafales d'obus, présente un trouble profond de la personnalité et manifeste paradoxalement l'abolition de son instinct de conservation à l'occasion d'un acte qui, normalement, devrait avoir pour but la satisfaction de cet instinct.

X... est âgé de trente-six ans. Il a exercé différents métiers, mais surtout celui d'ouvrier agricole, menant une vie instable et vagabonde. Il affirme avoir subi avec succès les épreuves du certificat d'études primaires.

Ayant, en temps de paix, satisfait à ses obligations militaires, X... fut mobilisé au mois d'août 1914. Pendant son séjour sous les drapeaux, aussi bien avant la guerre que depuis la mobilisation générale, sa conduite lui fit infliger de nombreuses punitions : au total quatre jours de consigne, dix jours de salle de police, cent vingt jours de prison et vingt-quatre jours de cellule, la plupart du temps pour absence illégale.

A ces punitions s'ajoutent des condamnations prononcées par les conseils de guerre aux armées : 1° en 1915, deux ans de travaux publics avec suspension de peine pour désertion à l'intérieur en temps de guerre ; 2° en 1916, un an de prison avec suspension de peine pour abandon de poste sur un territoire en état de guerre. Lors de cette deuxième inculpation, l'officier commandant la compagnie dans laquelle servait X... fit observer la fréquence des absences illégales de l'inculpé considéré par lui comme mal équilibré. Deux rapports médicaux conclurent à un état mélancolique atténuant la responsabilité du sujet.

Après cette deuxième condamnation, un nouvel examen médical eut à décider de l'aptitude à servir de ce délinquant récidiviste. La conclusion de cet examen fut que, en dépit des préoccupations hypocondriaques multiples qu'il présentait, X... pouvait faire son service et rejoindre son corps.

Quelques semaines après l'avoir rejoint, en novembre 1916, X... disparut de nouveau alors que son régiment était en ligne. Quinze jours plus tard, il rejoignit spontanément son corps.

Après cinq jours de présence, X... disparut encore. Il fut arrêté quatre mois et demi plus tard, le 26 avril 1917, dans le ravin de M... (Somme) par un capitaine d'artillerie qui le trouva en guenilles, sans argent, vivant en solitaire dans une zone battue par les canons de l'ennemi. Il fut reconduit à son corps et une plainte en conseil de guerre aboutit à l'expertise qui me donna l'occasion de l'examiner.

©BIUM

Mis en observation au Centre de neuro-psychiatrie de l'armée, X... présentait un état qui peut être résumé ainsi :

L'inculpé est d'aspect extérieur robuste. Il présente cependant une hernie inguinale congénitale droite avec ectopie et atrophie testiculaire homolatérale. Malgré des antécédents alcooliques signalés à plusieurs reprises dans le dossier et reconnus par l'inculpé, il n'existe pas actuellement de symptômes d'intoxication.

Dans le service il se montre calme et docile, dort bien, s'alimente normalement, cause peu avec les autres malades et les infirmiers. Il n'interrompt son silence que pour marmotter des prières ou chanter à mi-voix des cantiques.

Avec les médecins, il se pose en victime méconnue. Hautain, il exprime ainsi ses revendications :

« J'ai un testicule fondu et une hernie, je ne peux pas porter le sac, je ne peux pas aller aux tranchées..... j'ai à réclamer contre le gouvernement, contre tous les majors, je réclame à être réformé d'abord... Il me manquerait un bras ou un œil, c'est moins grave que moi, et pourtant, on me renverrait ! C'est incomprenable, c'est une grande infirmité pour un homme : il ne peut ni se marier, ni avoir des enfants, ni avoir une famille. Je ne peux pas travailler pour nourrir une femme. Il me faut une place comme les « affligés ». C'est pas la maladie, c'est une tare que j'ai. »

Les malformations des organes génitaux s'accompagnent souvent, chez les déséquilibrés, d'états hypocondriaques, et retentissent profondément sur toute la vie de l'individu. De multiples préoccupations hypocondriaques accompagnent d'ailleurs chez l'inculpé celles qui concernent la malformation génitale : « J'ai des douleurs dans l'intérieur ; j'ai un côté qui tremble tout le temps... Des fois, ça me prend dans la tête, je suis obligé de me coucher, dans les genoux, dans les mains. C'est des rhumatismes dans les os, dans les nerfs... »

Telles sont les seules idées délirantes exprimées spontanément par X...

Si, poursuivant la recherche d'autres idées délirantes, on questionne l'inculpé avec insistance sur les tatouages qu'il présente sur les avant-bras, il expose avec orgueil et une certaine âpreté de raisonnement des idées délirantes mystiques et ambitieuses. Ces tatouages consistent en l'inscription *J. H. S.* sur l'avant-bras droit et *Ave Maria* sur l'avant-bras gauche. Des déclamations sans fin accompagnent le thème délirant suivant :

« Je ne fais pas de mal et je n'obéis qu'à Dieu. C'est Dieu, c'est la nature qui m'a formé, toute seule, au milieu de la montagne, dans les Cévennes. Je sais à peu près tout ce qui concerne la nature *en pure vérité* dans les choses regardant

Dieu. J'en sais beaucoup plus long que la France entière... »

Dieu lui est apparu : « Une grande forme qui brille. »

Dieu lui parle en commandements très brefs : « S'exprime dans le cœur, la tête et le cerveau. »

Il affirme être chargé par Dieu d'une mission : « Je suis un suppléant évêque des âmes. Mon avenir est une triste vie remplie de gloire. »

Tous ces propos sont exprimés sur un ton déclamatoire avec une prolixité qui contraste avec le semi-mutisme habituel du sujet. Ils sont entrecoupés de prophéties, de paroles symboliques, de gestes destinés à chasser les esprits. Le discours est émaillé de phrases obscures, véritable salade de mots telles que : « C'est la condensation du sang dans la parole de la vie. »

Les idées délirantes mystiques et ambitieuses se relient à l'état hypocondriaque. C'est parce qu'il est infirme de naissance, déclare-t-il, que Dieu l'a choisi.

Sur un fonds dégénératif, état de déséquilibre psychique constitutionnel, vraisemblablement aggravé par des excès alcooliques, a pris naissance un délire systématisé. Le système délirant, fait d'idées hypocondriaques (ayant pour premier objet une tare constitutionnelle réelle des organes génitaux), d'idées mystiques et ambitieuses, s'accompagne d'illusions et d'hallucinations psycho-motrices.

Le caractère *paradoxal* de cette désertion est aussi manifeste que son étiologie délirante et hallucinatoire. Il ressort du dossier que, pendant la dernière fugue, de près de cinq mois de durée, l'inculpé, après avoir quitté son régiment, resta dans la zone d'opérations des Armées, en loques et sans ressources, vivant dans un abri abandonné, comme un ermite dans une grotte.

« Ma seule tranquillité, dit-il, c'est d'être seul. A. H..., où il tombait des marmites, j'étais cent fois plus heureux qu'avec le régiment qui était en Alsace, au repos; au moins, j'étais seul... » Il est probable, en effet, qu'aucun autre déserteur n'a choisi ce séjour aussi dangereux que peu confortable.

X... accomplit ces actes sous le commandement de Dieu. « ... Aussi, il ne m'a jamais fait déserter vers l'intérieur... Le pauvre X... reste aux tranchées, à prier pour le pays... Je finirai mes jours à prier, dans le Nord, pour les soldats tués. »

L'acte médico-légal est effectué sous l'influence d'un

©BIUM

délire systématisé hallucinatoire hypocondriaque, ambitieux et mystique. Pour Régis, les désertions délirantes sont rares en dehors de l'onirisme. Ni Logre, ni M. Briand n'en rapportent d'exemple dans les travaux cités plus haut. Chavigny (1) en résume un cas en rapport avec un délire d'interprétation. Cependant les fugues délirantes systématisées et, en particulier, les fugues délirantes mystiques ont été bien étudiées par les auteurs, et il suffit de rappeler les cas rapportés par Foville (2), Régis (3), Vallon et Marie (4), Marie et Meunier (5), Victor Parant (6), Roger Dupouy (7), etc.,

Il y a lieu aussi d'insister pour terminer sur l'*instabilité constitutionnelle* du sujet, instabilité qui se manifeste dès la vie civile et se traduit dans l'armée par de nombreuses punitions pour absences illégales avant d'aboutir à des condamnations pour désertion et abandon de poste. Cette instabilité constitutionnelle se retrouve chez beaucoup de fugueurs délirants. Dans un grand nombre de cas, c'est cet élément constitutionnel qui oriente le délire vers des réactions migratrices, le plus souvent *récidivantes*.

L'*Irresponsabilité* pénale d'un tel sujet s'impose. Son *aptitude militaire* est nulle. L'*internement* n'est pas indispensable et peut être évité.

DISCUSSION

M. MALLET. — La *fugue* est l'expression clinique des principaux délits sur lesquels l'expert est appelé à se prononcer au conseil de guerre. Sous ses modalités si variées, dont celle particulièrement intéressante que vient de rapporter M. Charpentier, la fugue peut être

---

(1) Chavigny. Psychiatrie aux armées. Thérapeutique et médecine légale. *Paris médical*. 1er janvier 1916.
(2) Foville. *Ann. méd. psych.*, juillet 1875.
(3) Régis. *Soc. méd. et chir. de Bordeaux*, 1892.
(4) Vallon et Marie. *Congrès de Nancy*, 1896, p. 33.
(5) Marie et Meunier. *Les Vagabonds*, p. 182.
(6) Victor Parant. *Les Fugues en psychiatrie*. Rapport Congrès de Nantes, 1909, p. 92, 93.
(7) Roger Dupouy. Délire conjugal avec hallucinations des deux sujets. *Rev. psych.*, novembre 1906.

schématiquement ramenée à trois formes : *incohérente*, *cohérente*, *organisée*.

La fugue *incohérente* est la fugue démentielle au sens médical du terme : c'est la fugue paradoxale dont M. Charpentier nous a donné des exemples, c'est celle du confus, de l'épileptique, du délirant, du paralytique général, etc. L'expert la voit rarement, car les malades sont hospitalisés avant leur mise en prévention.

La fugue *cohérente* est la plus fréquente et la plus spéciale à la guerre. C'est parfois celle du dégénéré impulsif ; c'est surtout celle de l'hyperémotif, constitutionnel ou accidentel, du peureux pathologique ; c'est aussi celle du déprimé.

La fugue *organisée* est celle du poltron, déficient ou non dans ses moyens de résistance contre la peur, poltron pathologique dans le premier cas, suivant l'expression de M. Logre, et qui se rapproche alors du peureux pathologique ; c'est surtout celle du déséquilibré constitutionnel indiqué moralement.

Comme toute classification celle-ci est schématique ; du moins est-elle basée sur un grand nombre de faits dont nous rapportons par ailleurs des exemples.

M. Dupré. — La communication de M. Charpentier est fort intéressante, ainsi que l'intervention de M. Mallet, celle-ci témoignant d'une expérience étendue des choses de médecine légale des armées en campagne. Toutefois M. Mallet ne croit-il pas que le poltron pathologique se présente d'une façon un peu différente de celle qu'il nous a dépeinte? C'est l'individu toujours frémissant, comparable à l'animal qui se terre dès qu'il sent le danger.

La séance est levée à 6 heures.

Le secrétaire des séances,
P. Juquelier.

©BIUM

SÉANCE DU 27 JANVIER 1919

Présidence de MM. H. COLIN et DUPAIN.

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

MM. Bonhomme, Collet et Hanry, membres correspondants, assistent à la séance.

Installation du bureau.

M. H. Colin. — Mes chers collègues, avant de quitter la présidence à laquelle vous m'avez fait l'honneur de m'appeler, je dois, pour me conformer à une ancienne tradition, résumer les travaux de la Société médico-psychologique pendant l'année qui vient de s'écouler.

Je le ferai d'une façon succincte, car vous les avez tous présents à la mémoire. S'il m'était permis d'exprimer un vœu après mes prédécesseurs, les Drs Klippel et Semelaigne, ce serait de voir la Société apporter plus de méthode dans la discussion des grandes questions qui lui sont soumises. Comme le disait M. Semelaigne, il est bien rare, actuellement, qu'une question, portée à la tribune et maintenue à l'ordre du jour après une première discussion, fasse l'objet de débats ultérieurs approfondis permettant d'arriver à une solution satisfaisante. Je me hâte d'ajouter que, cette année, le souci de la guerre et de multiples occupations d'ordre militaire faisaient passer au second plan les sujets purement scientifiques.

Au surplus, dans ce domaine tout spécial de la psychiatrie militaire, notre Société a fait une besogne utile, puisque, après la belle communication de M. Paul Voivenel sur la peur morbide acquise, elle a adopté des conclusions tendant à l'extension de l'expertise médico-psychologique confiée à des médecins spécialisés. Il en a été de même à la suite de la lecture et de la discussion de l'étude si importante de M. Capgras sur la réforme des déments précoces. Au mois de juillet, vous avez adopté un vœu qui est appelé à modifier radicalement

le mode de réforme appliqué jusqu'ici aux malades atteints de troubles mentaux disparates rangés par beaucoup d'aliénistes sous la rubrique : Démence précoce.

Les communications d'ordre militaire ont été les plus nombreuses, et cela se conçoit. Faut-il rappeler la longue discussion qui eut lieu sur la paralysie générale et la guerre, à la suite d'une controverse entre MM. Delmas et Lautier, la méthode de traitement des mutités aphonies psychonévrosiques préconisée par MM. Miguard et Gilles, les communications de M. René Charpentier sur les désertions paradoxales et les fugues récidivantes des mélancoliques, les méthodes nouvelles de psychothérapie militaire de M. Landau, le cas de dipsomanie avec épilepsie par hérédo-alcoolisme de MM. Laignel-Lavastine et Noguès, l'observation de paralysie générale post-traumatique après contusion du crâne par éclat d'obus rapportée par notre regretté collègue Vigouroux, les troubles psychiques par intoxication gastro-intestinale signalés par M. Chavigny qui insiste sur leur importance en psychiatrie de guerre, les communications de MM. Voivenel, Pactet et Bonhomme, etc., etc.

D'autres sujets ont encore retenu votre attention; je citerai les deux cas d'anxiété mélancolique post-ménopausique rapportés par M. Vigouroux, le travail de M. Brutsaert, médecin de l'asile d'Ypres, sur un cas de fibrome de l'acoustique chez un aliéné atteint de psychose hallucinatoire, la présentation, par M. Mourgues, d'un malade qui offrait un syndrome paralytique à trypanosomes, le cas si curieux et si difficile à interpréter que vous a soumis M. Sarrazin. Enfin, vous savez que la question de la psycho-analyse est toujours à l'ordre du jour de vos séances.

Je me borne à cette énumération très rapide qui démontre combien a été féconde l'activité de notre Société.

Il est cependant deux points sur lesquels je voudrais insister. C'est d'abord la proposition de réimprimer les œuvres magistrales des grands aliénistes français et de langue française, proposition que vous avez adoptée et pour la réalisation de laquelle vous avez décidé de nommer un comité de publication. C'est ensuite la réso-

©BIUM

lution que vous avez prise, pour répondre au vœu exprimé par nos collègues anglais, d'entretenir des rapports plus étroits avec les Sociétés médico-psychologiques des pays alliés. Ici encore, vous avez décidé de nommer une commission qui sera chargée de déterminer les moyens pratiques de réaliser ce rapprochement. Je rappelle enfin que, sur la proposition de MM. Ritti et Roubinovitch, vous avez demandé que Strasbourg soit choisi comme lieu de réunion du prochain congrès.

Au cours de l'année 1918, la mort a, malheureusement, fait de nombreux vides parmi nous. Nous avons perdu trois de nos membres titulaires parmi lesquels deux anciens présidents, MM. les Drs Legras, Pottier et Vigouroux, ce qui porte à neuf le nombre des vacances : trois de nos plus chers collègues, parmi les membres correspondants, M. le professeur Régis, MM. Ph. Rey et H. Mabille ont également succombé. Enfin, parmi les membres associés étrangers, il nous faut déplorer la perte des Drs Henry Maudsley et de Castro.

Vous avez élu plusieurs membres correspondants : MM. les Drs Mallet, Gilles, Damaye, Courjon, Chavigny dont je n'ai pas besoin de rappeler la haute valeur scientifique, et comme membres associés étrangers, MM. les Drs Wimmer, de Copenhague, Funiaoli, de Turin, Landau, de Berne, Hoven, de Lierneux (Belgique).

Mes chers collègues, voici donc terminée cette année 1918, année à la fois terrible et magnifique, au cours de laquelle nous avons passé par toutes les alternatives de la douleur et de la joie. Faut-il rappeler encore les jours sombres que nous avons traversés, les angoisses qui nous ont étreints, pendant les sept premiers mois, non pas en raison des dangers immédiats auxquels nous exposait un bombardement imbécile et sans objet, car aucun de nous n'a failli à son devoir quotidien, aucun de nous n'a manqué de venir assister aux séances de notre chère Société, mais à cause des désastres successifs qui accablaient la Patrie, et cela bien que nous fussions assurés d'un retour de la fortune, forcée de se mettre au service d'une intelligence supérieure, obligée de céder au courage indomptable, à l'inlassable dévouement de nos soldats. Cet effort surhumain d'un grand peuple qui ne veut pas mourir n'a pas d'égal dans l'histoire et

malgré les tristesses, les douleurs et les deuils dont nous avons été abreuvés, nous sommes fiers d'avoir vécu cette épopée.

C'est pourquoi je considère, comme le plus grand honneur de ma carrière, d'avoir été choisi par vos suffrages pour présider vos travaux pendant cette année 1918 qui comptera comme une année sacrée dans les fastes de l'humanité, puisqu'elle s'est terminée dans l'apothéose du droit honteusement violé.

Laissez-moi donc vous adresser encore une fois mes remerciements émus et l'expression de ma reconnaissance avant de céder la place à notre collègue le Dr Dupain dont vous avez pu apprécier depuis longtemps l'absolu dévouement à notre Société.

M. Dupain. — Mes chers collègues, au moment de prendre place au fauteuil de la présidence, mes premières paroles sont des paroles de remerciement.

Vous m'avez fait un grand honneur, et ma confusion est grande de présider aux travaux de votre Compagnie, et succéder ainsi à des maîtres, à des collègues éminents.

Si un premier mouvement d'orgueil se produit en mon âme, je le refoule bien vite, et j'incline mon front, car c'est une leçon de modestie que je dois retirer de vos suffrages.

Vous m'avez vu si longtemps à la gauche de votre distingué secrétaire général que vous avez voulu simplement récompenser mon zèle de Secrétaire annuel, et me décerner un brevet d'assiduité et de bonne conduite en me mettant à sa droite. Ma joie est grande d'adresser mes premiers remerciements à M. Ritti.

Vous êtes un enfant de l'Alsace, Cher Maître, et permettez-moi de vous dire combien je suis heureux de m'associer à votre bonheur, vous qui, après une si longue attente, retrouvez enfin votre pays natal libéré d'un odieux esclavage!

Au temps lointain de mon internat, je gravissais lestement le majestueux escalier de l'antique palais du cardinal de Furstemberg, haut et puissant seigneur de l'Abbaye de Saint-Germain-des-Prés. Tout en haut se trouvait la grande salle où se tenaient vos séances. La Société de Chirurgie donnait (il y a déjà quarante

BIUM

et un ans) et donne encore l'hospitalité à votre Société. Le mobilier est le même ; peut-être le tapis vert du meuble a-t-il été changé, mais c'est toujours le même Ambroise Paré qui domine le Bureau. Timidement je me glissais dans l'étroit espace réservé au public, me demandant si un jour je serais digne de passer de l'autre côté de la barricade.

Avant d'être à Saint-Anne l'interne de Magnan, je fréquentais déjà chez mes aînés dans les asiles. C'est ainsi que j'ai connu Sauton, Gérente, Pottier, Emmanuel Régis, dont les liens qui m'unissaient à lui ne furent rompus que par la mort. Régis que je voyais au mois de septembre 1914, à Bordeaux, où m'avait amené le hasard de l'évacuation des malades de mon service de Vaucluse.

J'étais parti incertain de l'avenir ; entendant dans le lointain les sourdes détonations du canon... mais c'était le canon des combats de la Marne... et Régis, dont le patriotisme faisait confiance aux héroïques efforts de nos armées, me disait : « Ce serait trop tôt de songer au mois d'août prochain, mais en 1916 notre Congrès des aliénistes aura lieu à Strasbourg, et j'y conduirai mes fils. » Hélas! un de ces fils est mort en servant la patrie, et Régis ne verra pas non plus la réalisation de son rêve de Victoire, les trois couleurs du drapeau de la France flotter sur Strasbourg!

Il m'est doux de garder au plus profond de mon être le pieux souvenir de ceux qui ne sont plus, comme je conserve une fleur desséchée qui marque dans mon livre la page interrompue...

Mais il m'est doux aussi de retrouver dans cette enceinte mon premier maître, Marcel Briand, qui connaît, je puis dire depuis mon enfance, les sentiments de mon cœur.

J'étais son interne au moment où il installait à l'asile de Villejuif, dans un demi-quartier, le seul à peu près terminé, les six premières malades amenées de Sainte-Anne. Peu à peu les maçonneries prirent tournure d'habitation. L'interne était abrité dans une baraque en planches, très chaude en été, très froide en hiver.

Pardonnez à ce souvenir des neiges d'antan, cama-

rades d'internat, compagnons de ma jeunesse, mes alliés encore dans la bataille de la vie. Vigouroux seul n'entendra pas mes paroles émues.., emporté par un mal implacable, il a quitté sa table de travail pour reposer dans la paix du tombeau.

Son laboratoire est comme il l'a laissé : les réactifs sont en place, des coupes anatomiques sont éparses autour du microscope. L'une d'elles est encore sous l'objectif. Quel successeur fixera et mettra au point la préparation inachevée... et la poussière recouvre peu à peu, chaque jour davantage, ses collections précieuses, trésors peut-être perdus.

Un médecin bien vivant et d'une activité féconde c'est votre collègue de Villejuif, mon vieil ami Henri Colin. Appelé au périlleux honneur de lui succéder à la présidence, il me suffira de suivre son exemple, et ma tâche deviendra facile. Ses vues seront mes lumières, et, à mon tour, comme les coureurs antiques, je transmettrai fidèlement le flambeau qu'il m'a confié.

Vous étudiez, mes chers collègues, les manifestations si complexes de l'esprit. Troublants problèmes, plus malaisés à résoudre que ceux des équations algébriques. Les solutions proposées ne présentent pas toujours la même rigueur positive que celle d'un discriminant, et l'on sait que lorsque le discriminant $b^2 - 4ac$ est négatif, l'équation n'a pas de solution. Les mathématiciens usent du discriminant, mais pour nous, il y aurait quelque témérité à croire que nous pourrons posséder bientôt le phrénomètre dont parlait Falret. Nous nous souvenons que nous sommes des médecins, et que nous consacrons nos efforts plus spécialement à cette ψυχῆς ἰατρεία comme disaient les anciens. Nous ne sommes jamais las de nous instruire en notre science pour le plus grand bénéfice des malades auxquels nous donnons nos soins. Consoler, soulager, guérir. C'est ainsi que nous agissons dans nos recherches cliniques, dans notre mission médicale, dans notre apostolat consolateur.

C'est le *Maluit lenitatem quam vim adhibere*, « Préférer la douceur à la force », qui avait inspiré Pinel, d'immortelle mémoire. Un de ses descendants est parmi vous. Vous êtes les continuateurs de sa grande

œuvre, et c'est ce qui porte si loin, par delà nos frontières et les mers, la haute renommée de vos travaux.

Votre Société, déjà vieille, est pleine de force et de vigueur. Telle une intelligence robuste est maîtresse du corps qu'elle anime, et demeure, malgré les années qui passent.

Vous connaissez le vivant exemple d'une vieillesse active et vaillante, vous avez sur les lèvres le nom d'un médecin, ancien compagnon d'études de Magnan, ami fidèle, qui vint, au moment de son jubilé, apporter au maître aliéniste le sympathique hommage d'une estime toujours grandissante.

Aux heures douloureuses d'angoisse et de péril, ce médecin n'a jamais désespéré de remettre debout notre France meurtrie... et sa main, que les barbares croyaient glacée par l'âge et sans force, a su cueillir

Les belles feuilles toujours vertes
Qui gardent les noms de vieillir,

et tresser des couronnes à nos soldats vainqueurs!

Mes chers collègues, j'aurais voulu que mon premier geste de Président, et j'en aurais éprouvé quelque fierté, fût de tendre la main à notre collègue M. Trénel pour l'inviter à prendre place au Bureau. Mais il est aujourd'hui en mission en Alsace-Lorraine. Vos suffrages unanimes l'ont appelé à la vice-présidence.

Mobilisé au front sur sa demande, blessé, à peine convalescent de sa blessure, notre collègue a réclamé son retour en ligne pour retrouver les valeureux poilus de son bataillon. Croix de guerre, Légion d'honneur, trace d'un peu de charpie sanglante! Que M. Trénel, sur la terre française, reçoive le cordial hommage de notre sympathie.

Soyez les bienvenus, Messieurs les Secrétaires des séances, et veuillez prendre place. Je connais votre activité et votre zèle. Vous êtes d'anciens internes de Vaucluse, et je n'en dirai pas davantage, car j'hésite à me faire soupçonner de parler *pro domo mea*.

Enfin, mes chers collègues, j'ai le grand plaisir de vous faire part de la promotion dans l'ordre de la Légion d'honneur de mon cher ami, M. le Dr Anglade, médecin en chef de l'Asile de Château-Picon, membre

correspondant de notre Société, et je vous propose de lui adresser de bien sincères félicitations.

A la tête d'un important service à l'hôpital militaire Saint-Nicolas, à Bordeaux, ayant par surcroît organisé un deuxième service à Château-Picon, depuis longtemps, je puis en parler de science certaine, notre collègue donne ses soins dévoués aux soldats de la France.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Trenel qui remercie ses collègues de l'avoir appelé à la vice-présidence et exprime ses regrets d'être éloigné des travaux de la Société par la mission qui lui a été confiée dans les asiles lorrains ;

2° La lettre suivante de M. D'Hollander, de Mons, secrétaire de la Société de Médecine mentale de Belgique.

Mons, 13 janvier 1919.

MON CHER COLLÈGUE,

J'ai bien reçu le message adressé à notre président par votre illustre Société médico-psychologique, à laquelle votre aimable intervention me vaut l'insigne honneur d'appartenir.

Aujourd'hui plus qu'hier, je suis fier des liens qui me rattachent à la noble et grande nation qui d'emblée épousa la sainte et juste cause de notre chère Belgique.

Oui, les vexations furent indicibles ; les cruautés dont nous fûmes les témoins impuissants et les victimes innocentes, terribles !

Le peu que les moyens de communication, précoces encore, m'aient pu apprendre, montre que nos asiles belges ont bien souffert. Des deux asiles de Bruges, l'un est virtuellement détruit. De Ménin, je suis sans nouvelles. Des asiles d'Ypres, faut-il en parler? Vous en savez plus que moi. Courtrai, dans quel état est-il? Selzaete a beaucoup pâti, mais est debout. Duffel, dans la ceinture des forts d'Anvers, a disparu ; le médecin en chef est mort à Havgstraeten, où les malades furent évacués. Tournai, à l'Etat, évacué à Meuxplas, Namur, Anvers, Saint-Troud ont leurs asiles indemnes ; il en est de même des colonies de Gheel et de Lierneux. Mons, incendié aux trois quarts en août 1914, s'est vaillamment réorganisé ; les derniers jours nous avons échappé à l'évacuation imminente. Nos services n'ont pas cessé de fonctionner durant ces quatre

©BIUM

années sanglantes. Nous eûmes la consolation d'y prodiguer nos soins à plusieurs de vos compatriotes de France occupée. Lors des batailles de libération de votre grand Foch, nous reçûmes un grand nombre d'évacuées du Nord; beaucoup, hélas! y finirent leurs jours : il était lamentable, l'état dans lequel nos barbares oppresseurs les abandonnèrent.

Mais nos malheurs ne sont rien, la liberté est tout! D'ailleurs que sont nos sacrifices en regard des vôtres! Et votre Nord dévasté, pillé, déporté, évacué! A l'héberger, à panser ses plaies, dans la mesure de nos faibles ressources, nous apprîmes à aimer davantage la grande âme française. Nous nous créâmes ainsi de charmantes relations, y trouvâmes même de savants concours, dont nous regrettons le départ et conservons le précieux souvenir.

Avec mes remerciements pour votre si délicate attention, veuillez agréer, mon cher collègue, l'expression de ma profonde sympathie et de mon plus grand respect.

Dr D'HOLLANDER.

Je transmets à notre président ce message pour en donner lecture lors de la reprise de nos travaux.

De l'Instabilité constitutionnelle dans les Fugues délirantes,

par M. RENÉ CHARPENTIER, ancien chef de clinique de la Faculté de Paris.

Dans la dernière séance de la Société, à propos d'un cas de désertion paradoxale par fugue délirante (1), j'insistais sur l'instabilité constitutionnelle du sujet, instabilité évidente dans la vie civile antérieure et qui se traduisit dans l'armée par de nombreuses punitions disciplinaires pour absence illégale avant d'aboutir à des condamnations pour désertion et abandon de poste. Cette instabilité constitutionnelle se retrouve chez beaucoup de fugueurs délirants et, dans un grand nombre de cas, il semble que ce soit cet élément constitutionnel qui oriente le délire vers des réactions migratrices.

Permettez-moi de vous résumer aujourd'hui deux

(1) René Charpentier. Désertion paradoxale. Fugue délirante récidivante. *Soc. méd. psych.* Séance du 30 décembre 1918.

nouvelles observations de fugues dans lesquelles la pathogénie délirante et hallucinatoire ne saurait être contestée, pas plus, d'ailleurs, que l'instabilité constitutionnelle des sujets.

L'idée délirante qui donne le plus souvent naissance à la fugue est l'idée délirante de persécution. Ach. Foville, Ball, Magnan et Sérieux, Vallon, Arnaud, Marie et Meunier, Joffroy et Dupouy, Benon et Froissart, Victor Parant, ont insisté sur ce fait. Qu'elle soit un acte de défense ou bien un acte d'obéissance à des hallucinations impératives, la fugue, isolée ou associée à d'autres réactions, en particulier à des actes médico-légaux, est une des réactions les plus fréquentes au cours des délires de persécution. Dans les deux observations suivantes, les fugues sont survenues à l'occasion d'hallucinations auditives ou psycho-motrices, au cours de l'évolution de délires chroniques de persécution.

Le premier des deux malades est encore un déserteur, mais un déserteur du temps de paix : sa désertion date de l'année 1897. En outre, il est de nationalité allemande et naturalisé français.

Né à L... (Allemagne), le 17 mars 1868, M..., contracta en 1887 un engagement de cinq ans au 2e régiment étranger. A sa libération, en février 1894, M..., naturalisé français, contracta un nouvel engagement de cinq ans au 4e régiment d'infanterie de marine. Le 18 octobre 1897, il manqua à l'appel, ne reparut pas et, le 25 octobre, fut déclaré *déserteur*. Le deuxième conseil de guerre du gouvernement militaire de Paris, par jugement en date du 29 mars 1898, le condamna à dix ans de réclusion, à la dégradation militaire et à dix ans d'interdiction de séjour. Arrêté le 27 juillet 1915 par la gendarmerie de Besançon, M... fut ramené sous escorte à son corps et écroué à la prison militaire de Bordeaux le 25 août 1915. C'est dans ces conditions que j'eus à l'examiner.

Agé de quarante-sept ans, M... appartient à la classe 1888, non encore mobilisée à cette date. Né d'une mère qui, dit-il, mourut alors qu'il avait deux ans, et d'un père qui l'abandonna, partit en Amérique et ne donna plus de ses nouvelles, M..., après avoir suivi jusqu'à dix-sept ans les cours du Realgymnasium, eut ensuite une existence migratrice dont je vais tenter de retracer les principales étapes parce qu'elles mettent bien en évidence le fonds d'*instabilité* mentale et de *déséquilibre* psychique qui le caractérise.

©BIUM

Alternativement teinturier, soldat, et marchand de produits chimiques, tantôt ouvrier, tantôt patron, il vécut d'abord une courte période de vie civile en Silésie, en Saxe, et en Suisse. A dix-neuf ans, il s'engagea dans la légion étrangère, puis, à vingt-quatre ans, dans l'infanterie coloniale. Il fit successivement dix campagnes, en Algérie, au Tonkin, en Cochinchine, en Annam, etc., contracta le paludisme au Tonkin en 1890, fut atteint d'une insolation en Cochinchine en 1895 et se livra pendant tout son séjour aux colonies à l'alcoolisme sous sa forme la plus nocive, l'absinthisme.

Le 18 octobre 1897, il déserte et se rend à Bruxelles où il trouve du travail dans une teinturerie. Il y reste peu de temps, reprend sa vie errante, parcourt l'Allemagne, rentrant jusqu'à sept fois chez le même patron, la Pologne, la Belgique, la Hollande, la Suisse, la France, quittant ses emplois sans motif, cessant brusquement, sans raison, de travailler.

A trente ans, il se marie ; à trente-cinq ans, il divorce après avoir eu deux enfants.

Entre temps, il est *interné* neuf fois dans des établissements pour aliénés, sept fois en Allemagne et deux fois en France. A deux reprises, il réussit à s'évader : d'un asile français le 10 décembre 1911, et, d'un asile allemand, le 30 juillet 1914, à la veille de la guerre, cette fois, déclare-t-il, « pour revenir en France profiter de l'amnistie. »

A ce moment, après s'être rendu à L... chercher un extrait de son acte de naissance, extrait effectivement daté du 15 août 1914, il traverse la frontière suisse à l'aide d'un sauf-conduit délivré à Karlsruhe le 26 août. Le 3 septembre, il arrive en France et est mis, en qualité d'ouvrier civil, à la disposition de la 35e section d'ouvriers, pour travaux à exécuter dans un fort. Ces travaux terminés, l'inculpé retourne en Suisse le 1er décembre 1914. Il rentre en France le 1er juin 1915 et est arrêté. « Je voulais, dit-il, m'engager pour aller combattre dans les Balkans. »

Intelligent, adroit ouvrier, ses certificats le prouvent, il parle avec facilité l'allemand, le français, l'anglais, et, assure-t-il, le hollandais et un peu l'arabe. Il s'exprime avec aisance, lorsqu'il le veut bien. Mais, très *réticent*, peu loquace, peu sociable, il s'isole généralement des autres détenus ; c'est un solitaire. Il semble présenter aussi un léger *affaiblissement* de la mémoire et du jugement.

Sur ce fonds mental, ont éclos des troubles psycho-sensoriels et délirants sur lesquels M... n'aime pas à s'étendre, par crainte d'un nouvel internement dans un asile d'aliénés. C'est en 1897, à son retour de Cochinchine, quelques mois avant sa désertion, qu'ont apparu pour la première fois ces troubles, et c'est en 1898,

peu de temps après cette fugue, que M... fut interné pour la première fois à Halle. Les renseignements de l'enquête établissent qu'il avait manifesté des *idées de persécution* à l'égard du second mari de sa femme divorcée et s'était livré sur lui à des *voies de fait*. Très dissimulé et très réticent sur le thème général de ses idées de persécution, il reconnaît entendre « *des voix* » dont le son lui arrive dans les deux oreilles et qui sont semblables à des voies entendues par le téléphone. Ces voix lui commandent beaucoup de choses ; ce sont elles, en particulier, qui, à l'asile de F....., lui ont commandé de sauter à bas de son lit et de se sauver par la fenêtre. Il porte les traces de fracture de jambe qui résulta de cette *défénestration*. Ces voix ne lui disent pas d'injures : elles lui donnent des ordres. Ce sont des hallucinations auditives *impératives*, qui se produisent par accès de courte durée (quelques jours), disparaissent et reviennent ensuite. C'est sous leur influence qu'il quitta le régiment, se rendit à Bruxelles et, de là, en Allemagne où il fut presque aussitôt interné, après la réaction de violence que nous avons signalée plus haut. Il les entendit pour la dernière fois, sous forme de bégaiements incompréhensibles, à son passage à Besançon. Il les attribue à des influences électriques : « C'est quelqu'un qui veut m'embêter ».

M... présente en outre quelques signes d'*alcoolisme chronique* : insomnie, cauchemars, réveils en sursaut avec sensation de chute dans des précipices, léger tremblement des doigts, léger subictère des conjonctives. Il n'existe pas d'autres symptômes physiques.

Il s'agit donc, dans cette première observation, d'un délirant chronique halluciné, déjà interné pour ce motif, à plusieurs reprises, dans des asiles d'aliénés. Le délire, déjà ancien, s'accompagne actuellement d'un léger affaiblissement intellectuel ; il a pris naissance sur un fonds de déséquilibre psychique constitutionnel à forme paranoiaque, aggravé par des intoxications multiples (alcoolisme, absinthisme, paludisme). Si le caractère hallucinatoire impératif des deux fugues délirantes (désertion de l'armée française et tentative d'évasion de l'asile de F.....) est évident, l'instabilité psychique préexistant au délire n'est pas moins remarquable. Fils d'un père qui disparut brusquement et ne donna plus jamais de ses nouvelles, M... n'a pas failli à son hérédité. Bon ouvrier, il ne peut rester en place, travaille un peu partout mais jamais longtemps au même lieu. Alle-

©BIUM

mand, il se fait naturaliser français. Soldat, il choisit volontairement des corps coloniaux et y collectionne les campagnes. Engagé, il déserte. Marié, il divorce. Interné, il s'évade. C'est, pourrait-on dire, un « évadé perpétuel ».

J'ajoute que, déclaré irresponsable, M... fut acquitté par le Conseil de Guerre devant lequel il fut nécessaire de l'envoyer, un non-lieu n'étant pas possible après une condamnation par contumace pour la même inculpation.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un Autrichien que j'ai eu l'occasion d'observer à l'asile Sainte-Anne du 18 novembre 1908, date de son internement, au 8 janvier 1910, date de sa sortie.

Agé de quarante-cinq ans, et atteint de *déséquilibre* psychique constitutionnel avec préoccupations d'ordre sexuel, impuissance génitale, *instabilité*, c'est vers la vingtième année de sa vie que S... présenta, pour la première fois, des *idées délirantes de persécution et de grandeur* avec interprétations fausses, illusions, hallucinations multiples. « On me persécuta, dit-il, on parla de moi,... la police, les passants de la rue, des équipages... Et alors que ces passants étaient souvent des archiducs, quelquefois le prince héritier, l'empereur, et l'impératrice, je croyais être un archiduc secret, un autre homme au masque de fer, en Autriche ».

En vingt-cinq années, il vécut vingt ans dans des asiles d'aliénés d'Autriche. En dernier lieu, il se trouvait en traitement dans une ferme, sorte de colonie agricole dépendant d'un asile viennois, lorsqu'une *voix* de l' « oreille intérieure », d'un ton sévère et pressant, « de plus en plus fort », lui enjoignit de s'enfuir. S... emprunta cent francs à un ami à qui il persuada avoir obtenu sa sortie et, le 15 septembre 1908, il prit la clef des champs. Il arriva à Paris le 14 novembre, vêtu encore des vêtements de l'asile, après un voyage de deux mois que je lui laisse le soin de raconter lui-même, à travers l'Autriche, l'Italie et la France. Ayant effectué à pied une grande partie de cette odyssée, il se trouvait à son arrivée, suivant ses propres expressions, « avec 95 centimes dans sa poche, les bottes sans semelles, les vêtements sales, l'estomac plein de faim et de soif ».

S... erra d'abord dans Paris. « Il y a deux voix qui m'inspirent et il est souvent difficile pour moi de décider quelle est la bonne. L'une me disait : « Va voir le médecin ». L'autre parlait aussitôt ainsi : « Ne le fais pas, tu trouveras du travail à Paris,

tu seras heureux. » Après quelques jours, se trouvant épuisé, il se décida à aller voir le consul et le médecin d'une société de bienfaisance austro-hongroise. C'est par leurs soins qu'il fut conduit à l'infirmerie spéciale de la préfecture de police et, de là, à Sainte-Anne.

Voici en quels termes il relata lui-même son voyage quelques jours après son arrivée à l'asile. Le récit suivant, entièrement écrit de la main du malade, a été rédigé par lui en deux langues, français et allemand. Les deux rédactions sont côte à côte et se font vis-à-vis sur les mêmes feuilles de papier.

« *L'Histoire de ma fuite.* »

« Mardi 15 septembre de l'année courante, de la ferme d'aliénés H..., je voyageai par le chemin de fer à Trieste. Ce fut beau, ce voyage, à travers les montagnes des Alpes, hautes et couvertes de neige, à travers la Styrie, la Kraine, l'Istrie. J'ai vu les caves, les grottes d'Adelsberg et beaucoup d'autres belles choses... Le « Graf Würmbrand » me porta à Venise et, là-bas, j'ai vu le Canal Grande et beaucoup de vieux palais, en traversant la ville par ce canal.

« Puis, j'utilise le chemin de fer de nouveau et je voyageai par Padova, Bologna, Firenze, à Rome, par temps chaud, un ciel bleu. Et je vis beaucoup de soldats, qui causent avec moi, lequel ne comprend que peu de mots. Les uniformes sont meilleurs que chez nous, en Autriche. L'Italie est, à présent, bien administrée ; les nouvelles qui en circulent dans mon pays d'une administration mauvaise, etc., sont mensonges. Et comme polis, comme laborieux sont ces fermiers et fermières !

« Rome, où je dormis la première nuit, derrière le Colisée, sur la terre, m'a montré son église de Saint-Pierre avec le sépulcre de ce saint, le Colisée, beaucoup de temples Romains, les aqueducs, les jardins royaux, le Tibre, la via Appia. Tout de suite je me promène sur cette route antique, vers Naples, parmi des fossés pleins d'eau, entre des prairies, à travers des troupeaux de chevaux, bœufs, vaches — enfin les montagnes et des villes et des villages accolés aux rochers comme les nids des hirondelles ; la plupart des gens pauvres et sales ; mais, spécialement autour de Naples, jusqu'à Salerne, beaucoup de vignes (champs, forêts et vignes, tout ensemble).

« Le 29 septembre, derrière de Salerne (en Italie), je retourne à pied jusqu'à Capua comme je suis arrivé à Salerne, toujours à pied. Adieu, ô mer verte, ô ciel bleu, vos étoiles brillantes et vos monts avec les petits arbres et les grands rochers, au revoir ! En avant vers Civitavecchia, Grosseto, Siena, Florence. Ce fut vraiment une misère au commencement. Marais, prairies et troupeaux, la route nationale quelquefois

©BIUM

interrompue par la mer. Mais, avant Siena, les palmiers, les figuiers, les cactus, les orangers et les citronniers, *tous ces chers compagnons de ma journée*, disparaissent, mais Siena avec ses forêts sauvages, ses rochers pittoresques, Florence, avec ses vignes, ses bons fermiers et plutôt ses bonnes fermières, les contrées de ces villes sont merveilleuses. Je me souviens du dôme de la capitale ancienne d'Italie, tout en marbre, et des sergents de ville qui ont, tout au contraire des mines des gendarmes royaux, des mines comme des féroces géants.

« .... Et je continue mon voyage par Bologne, Modena, Parma, Plaisance, vers Genova, Vintimille. Seigneur Dieu! Ce sont les Apennins, les monts libres, dont les chemins manquent, des murs à gauche et à droite. Et ceci est encore la forêt de la Méditerranée, les feuilles sont toujours comme des feuilles, les aiguilles du sapin étroites, dures et aiguës. Quant aux paysannes et aux paysans, je crois être aux Alpes de ma patrie parce que tous ont des chapeaux tyroliens. Là-bas est la plaine de Bologne, Modena, Parma, Plaisance! Vignes, de nouveau je bois du vin rouge, gratis, sans payer, de nouveau je mange, je dévore les pommes, les poires, les noix.

« A Bologne, une église antique avec deux tours, l'une de grande hauteur, l'autre à moitié démolie, surtout des églises magnifiques et, au soir, une vie pleine de charme...

« Jamais, je ne veux oublier ces montagnes vers Genova... Malgré la pluie qui, démolissant les ponts, tomba des cieux, en orage, changeant les ruisseaux en torrents, malgré tout ce qu'il y eut contre moi, je voyageais bien et je me couchais près les fermiers à trois heures, et je me levais à neuf heures, buvant de la soupe, du vin, mangeant du fromage.

« Genova! Jamais je n'aurais pensé qu'il y eût des villes avec des rues, des impasses, aussi étroites et sales, pleines d'odeurs les plus mauvaises. Il est vrai, ici, il y a aussi des boulevards élégants, mais pourtant est cette ville de Gênes, une des plus vilaines de toute l'Italie. Et je regardais la misère des émigrants, *moi-même ayant le désir d'émigrer*, mais je n'avais pas de passeport.

« Dès ces jours, je me mariai de la mer, ça veut dire la mer m'accompagna jusqu'à Marseille. Toujours à gauche, la mer, à droite les rochers et, où se trouve l'embouchure d'un ruisseau, une plaine avec des jardins et des villes et villages, tous riants, jusqu'à moi qui ne trouve pas un domicile pour la nuit, *mais toutes les autres choses sont bonnes* et j'admire San Remo et la côte de la France méridionale.

« Menton. Eh bien, n'est-ce pas ceci, là-bas? Monte-Carlo, Monaco, Nice, Cannes? Ce palais de marbre et d'or, avec les deux tours, c'est la salle de jeu de Monte-Carlo; cette presqu'île,

ce rocher isolé, c'est Monaco ; ces esplanades près de la mer, ce sont les esplanades de Nice, de Cannes. Et je mange de nouveau des figues, des oranges, des châtaignes. Et à Marseille, je m'étonne du pont volant (dans l'air)... Et je fais la sieste au dessous des murs de la forteresse, comme les autres.

« Par le chemin de fer, à Lyon, de laquelle je ne voyais que les rues, le long du Rhône et de la Saône, à minuit. Jusqu'à Roanne, toujours à pied, froid, brouillard, pluie, et quelquefois un fermier, une fermière, qui donnent du pain, du fromage, de la soupe, du vin, et laissent dormir dans l'écurie.

« Arrivée à Paris le 14 novembre à minuit. Je chasse le long des boulevards, des rues, des impasses, pendant toute la nuit ; bientôt un boulevard clair et illuminé, bientôt un quartier étroit et sombre. Je dors dans les asiles de nuit, je vais au consul, au médecin de la société de bienfaisance austro-hongroise, au dépôt. Et, maintenant, à Sainte-Anne. »

J... S... Paris, Sainte-Anne, 4 décembre 1908.

Je m'excuse de cette citation un peu longue. J'ai tenu à mettre en évidence l'aptitude au vagabondage, l'instabilité, de ce délirant. Commencé comme une fugue hallucinatoire chez un délirant chronique, ce voyage évolue comme un bel exemple de vagabondage. A peine parti, le malade ne pense plus à son délire. Il est, tout entier, repris par une sorte d'ivresse ambulatoire avec adoration de la nature, de ses beautés, de ses produits, qu'on ne s'attendrait pas à voir exprimer en ces termes, et dans une langue étrangère, par un aliéné chronique, interné depuis vingt ans. C'est le chemineau. Il ne trouve pas de domicile, qu'importe, « toutes les autres choses sont bonnes », et il admire la nature, les montagnes hautes et couvertes de neige, la mer, le ciel bleu, les rochers pittoresques, les forêts sauvages, les arbres, « chers compagnons de sa journée ». Son seul regret est que l'absence d'un passeport l'ait empêché de suivre les émigrants, plus loin, toujours plus loin, sans souci du lendemain, dans

Le grand pays dont la grand'route est le sentier
. . . . . .
. . . . . la friche
Déserte, les étangs endormis, les halliers
Où lui parlent tout bas des esprits familiers,

La lande au sol de miel, la ravine sauvage,
Et les chansons du vent dans les joncs du rivage,
Et le soleil, et l'ombre, et les fleurs, et les eaux,
Et toutes les forêts avec tous leurs oiseaux (1),

car le chemineau, immortalisé par Richepin, ne tient pas un autre langage que lui. Le rêve des poètes est parfois bien près de la réalité.

Telles sont les deux observations que je désirais vous communiquer. Elles me paraissant bien mettre en valeur l'association morbide de l'instabilité constitutionnelle et du délire dans la genèse de ces fugues. Si l'instabilité constitutionnelle est le substratum étiologique le plus habituel du vagabondage, le délire de persécution est considéré à bon droit comme un des facteurs étiologiques les plus fréquents des fugues. Il apparaît que, dans un certain nombre de cas de fugues délirantes, c'est l'instabilité constitutionnelle préexistante qui tend à orienter le délire et son expression hallucinatoire vers des réactions migratrices le plus souvent récidivantes.

DISCUSSION

M. Colin. — Y a-t-il lieu de parler de fugues chez des déséquilibrés qui sont des vagabonds constitutionnels?

M. Truelle. — L'hallucination impérative d'où résulte la fugue n'est peut-être elle-même que l'expression de la tendance au vagabondage.

M. Raffegeau. — Une hallucination impérative peut toujours déclancher une fugue chez d'autres délirants que chez les instables.

M. René Charpentier. — Si ces observations m'ont paru mériter d'être communiquées à la Société, c'est précisément à cause de l'existence de fugues délirantes hallucinatoires, survenant sur un fonds d'instabilité et de tendances vagabondes.

Dans la première de ces deux observations, deux fugues (la désertion et la tentative d'évasion de l'asile de F.....) sont nettement sous la dépendance d'hal-

(1) J. Richepin. *Le Chemineau*. Acte 5. Scène 3.

©BIUM

lucinations impératives et sont de véritables fugues hallucinatoires chez un instable habituel.

L'intérêt de la seconde observation me paraît résider en ce fait qu'une fugue à point de départ hallucinatoire chez un instable évolue secondairement comme un état de vagabondage habituel, permanent. Assurément, ainsi que le fait observer fort justement M. Colin, la sincérité du sujet doit toujours être suspectée en cette matière. Mais si, d'une part, l'intérêt du sujet à invoquer des hallucinations imaginaires n'apparaît pas ici, d'autre part le fait cadre si bien avec son histoire qu'on ne peut s'en étonner chez un aliéné interné depuis vingt ans pour une psychose hallucinatoire chronique.

Il m'a paru que c'est précisément l'instabilité constitutionnelle du sujet qui oriente le délire vers des réactions migratrices. Ainsi que vient de le dire M. Truelle, j'estime que chez un certain nombre de fugueurs délirants, c'est sous l'influence de l'instabilité préexistant que naît l'hallucination impérative ou conseillère, point de départ de la fugue.

La séance est levée à 5 heures.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et R. CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Légion d'honneur. — M. le Dr ANGLADE, médecin en chef de l'asile de Bordeaux, médecin-major, chef du Centre psychiatrique de la XVIIIe Région, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Promotion. — M. le Dr MARCEL BRIAND est promu au grade de médecin principal de 1re classe. Voici en quels termes le médecin chef de l'hôpital du Val-de-Grâce a fait part de cette promotion au personnel du service :

« M. Briand, depuis le début de la guerre, a montré une

©BIUM

activité vraiment remarquable dans l'organisation, toute nouvelle alors, du service de Psychiatrie dans l'armée, qu'il a ensuite dirigé avec maîtrise, grâce à ses éminentes qualités de clinicien et d'organisateur. Dans notre hôpital, où il est à la tête de la 4e division de fiévreux, M. Briand a apporté dans ses fonctions médico-légales, avec la plus grande impartialité, le dévouement le plus absolu, la plus grande constance dans le travail souvent pénible, le zèle le plus ardent. Le médecin chef lui adresse ses plus sincères et amicales félicitations ».

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 3 février 1919. — Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, M. le Dr Jules Dagonet, médecin en chef de l'asile clinique (Sainte-Anne). Chevalier du 15 janvier 1918.

DANS LES ASILES DE LA SEINE

Asiles pour maladies aiguës et asiles pour chroniques. — Conformément aux conclusions d'un rapport de M. Louis Dausset, au nom de la Ve Commission, le Conseil général de la Seine vient de prendre la délibération suivante :

« Art. 1er. — L'asile clinique et, subsidiairement, l'asile de Villejuif seront affectés au traitement des malades aigus; les autres établissements de la Seine seront transformés en asiles de chroniques, autant que possible spécialisés;

« Art. 2. — L'Administration est invitée à présider d'urgence à l'étude de cette réorganisation et à lui soumettre ses propositions lors de sa prochaine réunion. »

Pavillon Lucien Picqué. — En vertu d'une délibération prise par le Conseil général de la Seine, sur la proposition de M. Chausse, depuis le 1er janvier 1919, le pavillon de chirurgie de l'Asile clinique (asile Sainte-Anne) porte le nom de pavillon Lucien Picqué.

Le Rédacteur en chef-Gérant : Ant. Ritti.

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

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Les asiles d'Alsace.

Le Dr Damaye nous a parlé, dans un des derniers numéros des *Annales*, en des termes émus et qui m'ont plus particulièrement touché, moi qui du sommet du Mont Rouge avais vu détruire Bailleul pendant la rude bataille du Kemmel, de l'asile que l'on qualifiait quelquefois, ironiquement prétend-il, de « premier asile de France ». J'ai lu son article à Rouffach où j'ai eu le plaisir, en décembre dernier, de « relever », après tant d'autres relèves moins agréables, le directeur allemand d'un très bel asile qualifié à tort ou à raison de « plus bel asile d'Europe ». Il ne résulte du reste pas de cette réputation que tout y soit parfait, loin de là, et, après avoir lu l'article de Damaye, je crois que l'acquisition de Rouffach serait, à elle seule, insuffisante pour nous consoler de la perte de Bailleul. Mais je n'ai point à faire ici une étude critique de l'organisation allemande de l'asile alsacien de Rouffach, mais seulement à fournir

aux lecteurs des *Annales* quelques renseignements qui m'ont été demandés pour eux par mon Maître, le Dr Ritti.

Haut-Rhin. — Les aliénés de la Haute-Alsace sont hospitalisés à l'asile de Rouffach situé sur la grande ligne, entre Mulhouse et Colmar. L'asile peut recevoir 800 malades mais n'en compte plus que 300; plus de 300 autres sont en Allemagne, répartis dans différents asiles. Le service était assuré avant la guerre par un directeur-médecin, deux médecins chefs, deux médecins adjoints et deux internes... ou du moins par des médecins qui, étant données leurs fonctions, seraient chez nous ainsi qualifiés. Sous le régime allemand, le directeur-médecin n'exerçait que les fonctions administratives mais avait un contrôle médical sur les médecins chefs et faisait la visite dans leur service une fois par semaine. Les médecins chefs, du reste, arrivaient à ce grade beaucoup plus rapidement qu'en France. Les médecins adjoints n'étaient pas recrutés au concours, mais nommés après quelques mois d'internat.

Il y avait encore dans le Haut-Rhin un asile d'idiots à Cernay; il est à peu près complètement détruit; les premières lignes passaient en effet par là. Les bâtiments que j'avais jadis observés à la lorgnette depuis l'Hartmann, et dont j'ai récemment visité les ruines, étaient fort beaux.

Il y a enfin à Colmar un hospice de chroniques dont une partie est soumise au régime de la loi de 1838.

Bas-Rhin. — Stephansfeld à une quinzaine de kilomètres de Strasbourg, sur la ligne de Paris, reçoit les malades du Bas-Rhin. C'est un vieil asile où des psychiatres français devenus plus tard des Maîtres (Renaudin, Henri Dagonet, Christian) ont travaillé autrefois. Nous y avons été très aimablement reçu par le médecin

directeur alsacien Frankhauser et par le Dr Eissen, ancien interne des asiles de la Seine. J'ai été étonné de voir que les Allemands n'avaient point organisé les services dans des conditions répondant aux conceptions actuelles. Il n'y a, par exemple, pas de service d'admission. Si l'on songe qu'il y a dix ans on a retiré de cet asile les aliénés du Haut-Rhin pour les mettre à Rouffach qui ouvrait alors, on se demande comment on n'a point utilisé mieux les bâtiments devenus disponibles. L'asile est admirablement tenu. Les infirmeries sont d'une propreté qui serait remarquable, même en temps de paix.

Le personnel médical était là aussi de cinq médecins dont l'un était directeur.

Il y a en outre, dans le Bas-Rhin, un asile de chroniques et de criminels, organisé de façon intéressante, d'après ce que m'a dit Frankhauser. Cet asile est situé à Hoerdt, à quelques kilomètres de Strasbourg (ligne de Wissembourg). Il est encore dirigé par un médecin allemand, qui en temps ordinaire est assisté d'un adjoint (300 malades).

Je n'ai pas besoin de dire qu'il y a à Strasbourg une Clinique de psychiatrie superbement installée dans les magnifiques locaux des hospices de la ville et où nous avons très aimablement été reçu par le distingué professeur Pfersdorf, de vieille souche alsacienne.

*
* *

Ce seraient donc une dizaine de postes qui seraient à pourvoir de médecins du cadre, car il ne saurait être question d'écarter les psychiatres alsaciens ayant un passé scientifique et une ancienneté qui leur confèrent des droits, que nous devons d'autant plus reconnaître, que les Allemands faisaient marquer le pas aux indigènes.

D'autres confrères tout jeunes, ayant été pendant quelques mois internes ou assistants, avaient sollicité des places de médecins chefs dans les asiles d'Alsace, mais ils se sont effacés quand ils ont eu connaissance des conditions, et en particulier de l'ancienneté qu'exigeait l'organisation française.

Je crois, en terminant, devoir avertir les lecteurs des *Annales* que, s'il n'est pas indispensable de savoir le dialecte alsacien pour exercer dans les asiles d'Alsace, il est du moins nécessaire de posséder l'allemand que tous les malades comprennent et que les médecins, presque tous Allemands, employaient avec eux.

Dr Frantz Adam,
Médecin adjoint à Rouffach.

Pathologie

NOTES

SUR

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

DE GUERRE

Par le Dr René CHARPENTIER
Ancien chef de clinique des maladies mentales
de la Faculté de Paris.
Chef du Centre psychiatrique de la ...e armée.

C'est surtout depuis la guerre Russo-Japonaise et la campagne de Mandchourie que l'attention des autorités militaires a été particulièrement attirée sur la fréquence des troubles psychiques présentés par les militaires des armées et la nécessité d'organisations sanitaires psychiatriques. Sur un million de soldats que comprenait le corps expéditionnaire russe, deux mille furent hospitalisés pour troubles mentaux, soit 2 p. 1.000 de l'effectif. Fait plus caractéristique encore, le nombre mensuel des cas alla en augmentant de mois en mois (1). Déjà, dans la guerre Sud-Africaine, la proportion avait atteint dans l'armée anglaise 2,5 p. 1.000. Elle fut de 2,7 p. 1.000 dans l'armée américaine, en 1900, pendant la guerre des Philippines.

(1) Roubinovitch. *Compte rendu du XIXe Congrès des aliénistes et neurologistes français*. Nantes, 1909, p. 118.

©BIUM

En France, antérieurement à la guerre de 1914-1918, de nombreux auteurs étudièrent les troubles mentaux dans l'armée et les modes d'assistance à prévoir par le Service de Santé militaire pour les psychopathes. Il suffit de rappeler les travaux de Dufour (1), Lacausse (2), Duponchel (3), Darricarère (4), Ferris (5), Christian (6), Gauzy (7), A. Marie (8), Catrin (9), Granjux (10), Cavasse (11), Boigey (12), Régis (13), Bonnette (14), Coulonjou (15),

---

(1) Dufour. De la folie chez les militaires. *Ann. méd.-psych.*, 1872, vol. II, p. 52.

(2) Lacausse. Les dégénérés psychiques au point de vue du service militaire. *Thèse*, Bordeaux, 1889.

(3) Duponchel. *Traité de médecine légale militaire*. Paris, Doin, 1890.

(4) Darricarère. La Paralysie générale dans l'armée. *Thèse*, Paris, 1890.

(5) Ferris. Responsabilité et justice militaire. *Thèse*, Bordeaux, 1896.

(6) Christian. Les engagés dégénérés dans les régiments. *Congr. Al. et Neur.*, Marseille, 1899.

(7) Gauzy. L'aliénation mentale chez les militaires de l'armée de mer. *Thèse*, Montpellier, 1899-1900.

(8) A. Marie. Les aliénés dans la légion étrangère. *Rev. Psych.*, septembre 1900.

(9) Catrin. L'*Aliénation mentale dans l'armée*, Rueff, édit., 1901.

(10) Granjux. L'aliénation mentale dans l'armée. *Bull. méd.*, 1902, p. 179. — L'aliénation mentale dans l'armée Russe en Mandchourie. *Caducée*, 6 et 30 août 1904. — L'Aliénation mentale dans la marine, dans les troupes métropolitaines et dans l'armée coloniale. *Soc. méd. lég.*, 19 juillet 1905. — Les Irresponsables dans l'armée. *Caducée*, 2 février 1907. — De l'examen mental des hommes en prévention de Conseil de guerre. *Caducée*. 21 décembre 1907, etc.

(11) Cavasse. Les Dégénérés dans l'armée coloniale. *Thèse*, Bordeaux, 1903.

(12) Boigey. La neurasthénie dans l'armée. *Rev. Neur.*, 30 octobre 1904.

(13) Régis. L'expertise psychiatrique dans l'armée. *Caducée*, 20 mai et 3 juin 1905. — Précis de psychiatrie, 3e édit., Doin, 1906. — L'Officier dans l'hygiène mentale du soldat. Conf. à Saint-Maixent, 1908. Lavauzelle, édit. — Les fugues militaires au point de vue médico-légal. *Caducée*, juin 1909, etc.

(14) Bonnette. L'expertise psychiatrique dans l'Armée. *Caducée*, 18 novembre 1905.

(15) Coulonjou. Un cas d'automatisme ambulatoire au cours du service militaire. An. in *Rev. Neur.*, 15 août 1906.

Pactet (1), Jude (2), Chavigny (3), Simonin (4), Vigouroux (5), Haury (6), Rayneau (7), Antheaume et Mignot (8), Hesnard (9), Vialatte (10), etc. En 1909, la question fut mise à l'ordre du jour du XIXe Congrès des aliénistes et neurologistes des pays de langue française. Deux rapporteurs, MM. Rayneau et Granjux, exposèrent au Congrès de Nantes les réformes nécessaires à l'examen psychiatrique des soldats, aux expertises psychiatriques médico-légales et à l'assistance psychiatrique dans l'armée. M. Granjux conclut à la nécessité de prévoir une *assistance psychiatrique de campagne* ainsi comprise : « Au front, des hôpitaux de cam-

---

(1) Pactet. Les aliénés dans l'armée et dans les pénitenciers militaires. *Rev. Psych.*, décembre 1906.

(2) Jude. *Les Dégénérés dans les bataillons d'Afrique*, Vannes 1907. Le Beau, édit. — L'alcoolisme dans l'armée. *Caducée*, 1910, etc.

(3) Chavigny. Hystéro-traumatisme et ses conséquences médico-légales dans l'Armée. *Soc. méd. milit. française*, 31 janvier 1908. — La débilité mentale considérée spécialement au point de vue du service militaire. Son expertise médico-légale. *Ann. hyg. et méd. lég.*, 1909, n° 5. — Précocité des réactions psychopathiques dans le milieu militaire, in *Congr. de Nantes*, 1909, p. 163, etc.

(4) Simonin. Les Dégénérés dans l'armée. *Ann. hyg. pub. et méd. lég.*, janvier 1909. — Note au sujet de l'expertise psychiatrique en général et dans l'armée, in *Cong. de Nantes*, 1909, p. 113. — Les débiles mentaux dans l'armée, débiles simples et débiles délinquants. *Caducée*, 1912, etc.

(5) Vigouroux. Les déments précoces dans l'armée. *La Clinique*, 16 avril 1909.

(6) Haury. Les maladies mentales dans l'armée Suisse. *Caducée*, 5 juin 1909. — L'Indiscipline morbide, in *Congrès de Nantes* 1909, p. 120. — *Les anormaux et les malades mentaux au régiment.* Paris, Masson, édit., 1912.

(7) Rayneau. Les aliénés dans l'armée au point de vue médico-légal. *XIXe Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France.* Session de Nantes, août 1909.

(8) Antheaume et Mignot. *Les maladies mentales dans l'armée française.* Paris, Delarue édit., 1909.

(9) Hesnard. La neuro-psychiatrie dans la marine, *Arch. médecine navale* 1910.

(10) Vialatte. Les maladies mentales dans les armées en campagne. *Thèse*, Lyon, 1911.

©BIUM

pagne psychiatriques ; dans la zone des étapes, un hôpital-d'évacuation psychiatrique et, à ses côtés, un asile pour les non-transportables ; sur la route d'étapes, des hôpitaux auxiliaires psychiatriques pour recevoir temporairement les aliénés ne pouvant plus continuer leur route ; les asiles du territoire comme terminus ; les évacuations demandent un matériel et un personnel spéciaux (1). »

La même année, le 11 juin 1909, la Chambre des députés, en adoptant un projet de loi portant suppression des Conseils de guerre permanents, se préoccupait (art. 35) « des conditions dans lesquelles il y aura lieu de prévoir et d'assurer l'examen mental des inculpés ». La circulaire Chéron, en date du 16 novembre 1907, avait déjà insisté sur ce point dans les termes suivants :

« Il importe de ne pas perdre de vue que les juges des Conseils de guerre doivent être mis à même d'apprécier toutes les circonstances qui excluent ou diminuent la culpabilité ; dès lors, la médecine judiciaire doit être appelée, le cas échéant, à exprimer un avis technique sur le point de savoir s'il existe chez l'inculpé une altération des facultés mentales et quelle peut en être la conséquence au point de vue de la responsabilité pénale.

« Il est, par suite, rappelé aux commissaires du gouvernement et rapporteurs qu'il leur appartient de faire procéder à l'examen mental du prévenu par des aliénistes au cours de l'instruction préparatoire quand ils éprouvent des doutes sur l'intégrité de ses facultés intellectuelles, soit à raison des circonstances mêmes dans lesquelles ont été accomplis les actes incriminés, soit à

(1) Granjux. L'aliénation mentale dans l'armée, p. 57. *XIX^e Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France*. Session de Nantes, 1909.

raison des antécédents personnels ou héréditaires du prévenu. »

Un service de psychiatrie fut installé à l'hôpital maritime de Rochefort, en application de la circulaire du 23 décembre 1909, relative à l'organisation de services de psychiatrie dans la marine. En outre, un médecin principal fut nommé professeur de psychiatrie clinique et médico-légale à l'école d'application de médecine navale à Toulon. Assisté d'un médecin de 1re classe, il fut pourvu d'un service spécial à l'hôpital Saint-Mandrier.

En 1910, au IVe Congrès international d'assistance des aliénés, à Berlin, des rapporteurs, et en particulier M. Pactet, traitèrent de l'aliénation mentale dans l'armée et dans la marine. Le professeur Régis, poursuivant la campagne qu'il menait depuis la troisième édition (1906) de son *Précis de psychiatrie*, prit part à la discussion engagée, préconisant, avec Jacoby (1), l'organisation d'une assistance psychiatrique spéciale en cas de guerre. « La solution adoptée par la Russie d'hôpitaux spéciaux pour délirants, improvisés à des distances suffisantes du champ des opérations, est certainement la meilleure. Au besoin même des pavillons spéciaux, annexés aux hôpitaux de campagne ordinaires, suffiraient, à condition d'en confier la direction médicale à des spécialistes... »

En 1912, dans une conférence faite à l'Union fédérative des médecins de la réserve et de la territoriale « sur les psychoses du temps de guerre et l'assistance psychiatrique en campagne », le professeur Simonin, du Val-de-Grâce, insistait à nouveau sur la nécessité de prévoir l'organisation de cette assistance psychiatrique de guerre.

(1) P. Jacoby. Les victimes oubliées de la guerre moderne. *Arch. Anthrop. Crim.*, 15 juin 1904.

©BIUM

Cependant, lors de la mobilisation générale, il existait peu de services de psychiatrie destinés aux militaires. A la Maison nationale de Saint-Maurice (Seine) étaient internés les officiers, sous-officiers et soldats de la garnison de Paris. En dehors de cette organisation, antérieure même à la promulgation de la loi du 30 juin 1838 sur le régime des aliénés, il existait, dans un grand nombre d'hôpitaux militaires, des cellules d'isolement, la plupart peu en rapport avec les conceptions modernes de l'assistance aux malades atteints de troubles mentaux.

Si l'organisation était insuffisante, elle était prête à se renouveler. De nombreux médecins militaires, nous l'avons vu, s'en étaient préoccupés et les élèves du Service de Santé militaire étaient peu à peu attirés par l'enseignement psychiatrique mis à leur disposition tant à la clinique de Lyon par le professeur Jean Lépine, à la clinique de Sainte-Anne par les professeurs Joffroy et Gilbert Ballet, qu'au Val-de-Grâce par le professeur Simonin et le professeur agrégé Chavigny. Les élèves de l'École du Service de Santé de la marine et des colonies, astreints depuis 1909 à un stage psychiatrique de trois mois, suivaient l'enseignement du professeur Régis, et nombreux sont ceux qui firent, sous son inspiration, leur thèse inaugurale.

Dès le premier mois de la guerre, dans le Gouvernement militaire de Paris, on songea à installer, sous la direction du professeur Gilbert Ballet, un centre de traitement pour les aliénés militaires, utilisant pour cela le local d'un des asiles d'aliénés du département de la Seine. La réalisation de ce projet fut retardée sous l'influence des événements militaires. Il ne vit le jour que plusieurs mois plus tard et sous une forme un peu différente.

Le premier service de psychiatrie militaire créé fut

celui que le professeur Régis, médecin principal de l'armée territoriale, organisa et fit fonctionner, dès le 20 août 1914, à l'Hôpital militaire de Bordeaux. Le Service central de psychiatrie de Bordeaux comporta au début, dans la XVIII[e] région, deux sous-centres, l'un à La Rochelle, l'autre à Lourdes. Le professeur Régis, chargé de l'inspection et de l'organisation psychiatriques dans les IX[e], XII[e] et XVIII[e] régions, terminait l'un des rapports qu'il établit à cette occasion en demandant :

« 1° Dans chaque hôpital militaire, des cellules d'isolement et d'observation transitoire pour délirants agités, violents, intransportables.

« 2° L'installation, au chef-lieu de la région, d'un Centre de psychiatrie comprenant :

« *a*) Un service central de réception, d'examen, de triage et de répartition, à l'hôpital militaire ou mixte ;

« *b*) Lorsqu'il est nécessaire et possible, un service annexe pour l'hospitalisation et la cure des malades atteints de psychoses ou psychonévroses ne comportant pas l'internement, constitué de préférence par un service ouvert dans l'asile d'aliénés voisin. »

Bientôt fonctionnèrent pour chaque région des Centres de psychiatrie, tantôt isolés, tantôt, mais plus rarement, associés aux Centres de neurologie (1) qui furent créés en exécution de la circulaire ministérielle du 9 octobre 1914. Partout le besoin s'en fit vivement sentir dès qu'il fallut recevoir les psychopathes évacués des armées ou hospitalisés par les dépôts de l'intérieur, procéder aux internements indispensables, traiter les sujets pour lesquels le séjour dans un asile d'aliénés peut être évité, et satisfaire aux expertises psychia-

(1) H. Claude. L'organisation et le fonctionnement des centres neurologiques régionaux. *Paris médical*, 15 mai 1915.

©BIUM

triques demandées par les commissaires-rapporteurs près les conseils de guerre régionaux.

Aux armées, c'est au mois de mars 1915 que, sur l'initiative de M. le professeur agrégé Abadie, de Bordeaux, médecin-major de 1re classe, furent organisés les premiers services de psychiatrie. Deux services d'observation neuro-psychiatrique, plus tard reliés à un troisième situé dans la zone des étapes, furent organisés par lui à la Ve armée, dont le Service de Santé était dirigé par M. le médecin-inspecteur Pauzat.

Ces services, organes complémentaires de triage, étaient destinés à « rassembler les malades nerveux ou mentaux ou évacués comme tels, contrôler leur état, établir un diagnostic précis, dépister les simulateurs, éliminer sur l'intérieur dans les meilleures conditions de surveillance ceux dont l'état nécessite des soins prolongés ou une mesure administrative, guérir enfin sur place tous ceux, et ils sont nombreux, qui sont susceptibles de revenir rapidement sur le front après un traitement approprié (1) ». Telles furent les origines de l'assistance psychiatrique aux armées. Dans d'autres armées, la Ie, la VIe, la Xe (2), furent installés bientôt des services de neuro-psychiatrie. Cette organisation se généralisa à la suite du vœu voté par la Société de Neurologie de Paris, dans sa séance exceptionnelle du 21 octobre 1915, « que dans chacune des armées il soit créé des Centres neuro-psychiatriques dans lesquels seront examinés et suivis tous les malades atteints

(1) Abadie. La neuro-psychiatrie d'urgence aux armées. Organisation et fonctionnement de services d'observation neuro-psychiatriques. (Réunion médico-chirurgicale de la Ve armée, 16 octobre 1915, in *La Presse Médicale*, 18 novembre 1915).

(2) Chavigny. Psychiatrie et médecine légale aux armées. *Paris médical*, 17 juillet et 23 octobre 1915. — Roussy et Boisseau. Un Centre de Neurologie et de Psychiatrie d'armée. *Paris médical*, 1er janvier 1916.

d'affections nerveuses et mentales et tous les malades soupçonnés soit de simulation, soit d'exagération ». Lors de la conclusion de l'armistice, des services de psychiatrie fonctionnaient depuis longtemps dans toutes les armées et dans toutes les régions de l'intérieur.

Ces divers Centres ont rendu les plus grands services. Leur existence facilite l'élimination rapide, des corps de troupe ou des diverses formations sanitaires, de malades qui sont une cause de trouble pour l'ordre et la discipline, qui sont parfois aussi une cause de dangers. La rapidité de ce triage est fort importante, aux armées particulièrement. Les médecins des services spéciaux, agissant comme consultants, prennent en outre des décisions immédiates sur les hommes soumis à leur examen par les différents chefs de service. Une hospitalisation courte, mais hâtive, permet la récupération rapide de malades atteints de troubles émotionnels légers, rapidement curables dans beaucoup de cas lorsqu'ils sont précocement soignés. Dans les cas où l'internement s'impose d'office et d'urgence, le certificat est immédiatement établi et le malade, muni des pièces nécessaires, est évacué sur l'asile d'aliénés le plus rapproché, sous la surveillance d'infirmiers expérimentés, soit par train sanitaire, soit, s'il en est besoin, par une camionnette automobile. Enfin, c'est au médecin chef du Centre psychiatrique que sont confiées les expertises psychiatriques près les conseils de guerre lorsqu'est posée par les commissaires-rapporteurs ou par le défenseur la question de la responsabilité d'un prévenu.

L'évacuation des malades des Centres des armées se fait le plus souvent par trains sanitaires dans des compartiments spécialement aménagés. Les infirmiers du service accompagnent les évacués jusqu'au service qui devra les recevoir, emportant avec eux les enve-

©BIUM

loppes contenant les dossiers des malades. De cette façon seulement, peuvent être évités les querelles, les rixes, les fugues, les accidents, les auto-mutilations, les suicides, les lacérations de dossier, etc., qui ne manqueraient pas de se produire si les psychopathes étaient mélangés aux blessés ou aux autres malades.

Pour remplir les indications ci-dessus mentionnées, les Centres de psychiatrie d'armée doivent être situés assez près des lignes pour recevoir rapidement les hommes en observation, près du siège du conseil de guerre de l'armée pour effectuer aussi rapidement que possible les expertises psychiatriques, et très près d'un hôpital d'évacuation pour pouvoir organiser des évacuations rapides et faciles.

Ces conditions ne sont pas favorables à une organisation thérapeutique. Aussi les centres d'armée ne doivent-ils conserver que les malades susceptibles d'une guérison rapide ou d'une observation courte de trois à à quatre semaines environ. Ce sont des formations de triage, d'observation et de récupération rapide. Encore ces conditions ne se trouvent-elles entièrement réalisées que dans la guerre de tranchées, dans laquelle la stabilité des armées est suffisante pour permettre l'installation fixe nécessaire. Pendant la guerre de mouvement, le service psychiatrique d'armée doit être surtout un organisme de triage, d'examen psychiatrique, de décisions médico-légales, avec évacuations presque immédiates, les déplacements successifs ne permettant pas d'installation adaptée aux conditions indispensables de surveillance (suicides, évasions, etc.) et de traitement (hydrothérapie...).

Le Centre d'armée doit donc être en relations faciles, rapides et directes avec un Centre psychiatrique installé dans la zone des étapes suivant toutes les règles habituelles d'organisation d'un service d'aliénés. Dans ce

©BIUM

service, formation stable, annexée à un hôpital ou, mieux, autonome, et située dans une propriété un peu isolée, les malades pourront être observés plus longuement et trouveront l'installation diagnostique (laboratoire, électro-diagnostic, etc.) et thérapeutique que nécessite leur état. C'est à ces services psychiatriques d'étapes que seront adressés directement les sujets provenant des corps au repos ou en réserve à l'arrière.

Ces deux Centres psychiatriques, Centre d'armée et Centre des étapes, adressent directement aux Centres psychiatriques des régions de l'intérieur les malades dont le traitement s'annonce comme devant être de très longue durée ou ceux pour lesquels la constitution d'un dossier et une décision administrative s'imposent (passage dans le service auxiliaire, mise hors cadres, réforme temporaire ou définitive, internement, etc. (1).

*
* *

Des statistiques ont déjà été publiées ici sur le fonctionnement des Centres de psychiatrie d'armée (2). A titre documentaire, il nous a paru intéressant de relater ici ce que fut le mouvement du Centre de psychiatrie de la ...e armée pendant une période de trois mois d'offensive, avril, mai, juin 1917.

La classification nosologique que nous avons adoptée

---

(1) Voir Perot et Hesnard. *L'Expertise mentale militaire*. Paris, Masson, édit., 1918.

(2) Roger Dupouy. Notes statistiques et cliniques sur les troubles neuro-psychiques dans l'armée en temps de guerre. *Ann. méd.-psych.*, septembre-octobre 1915. — Résultats du fonctionnement d'un service neuro-psychiatrique d'armée. Réunion méd.-chir. de la Ve armée, in *La Presse méd.*, 18 novembre 1915. — Damaye. Organisation et fonctionnement d'un service de neuro-psychiatrie d'armée. Réunion méd.-chir. de la Ve armée, in *La Presse méd.*, 17 janvier 1915. — Aperçu général sur la psychiatrie d'un service d'armée. *Ann. méd.-psych.*, janvier 1918.

©BIUM

est basée sur l'étiologie. C'est celle que nous avons employée dans nos rapports mensuels, parce qu'elle nous a paru la plus claire et parce qu'elle met immédiatement en valeur l'élément le plus intéressant, à notre avis, d'une classification psychiatrique militaire où la question se pose sans cesse de l'influence de la guerre sur l'éclosion de la maladie. Même à ce point de vue, notre classification n'est pas sans reproches. L'éclosion de troubles psychiques constitutionnels, de certains accès de psychose périodique, de certains délires, de troubles mentaux accompagnant des syndromes organiques peut être favorisée par les fatigues ou les émotions de la guerre. La clarté d'une classification statistique et sa précision apparente sont toujours aux dépens de la vérité. Une classification repose sur des faits simples et les faits observés sont rarement simples.

Si le chiffre des entrées dans le service pendant le mois de mai est très inférieur, cela tient uniquement aux circonstances. Le local où était installé le service ayant été mis hors d'usage pendant la nuit du 3 au 4 mai au cours d'un bombardement par avions, il fallut chercher et installer un autre local et, pendant deux à trois semaines, le Centre ne put recevoir de malades.

Ce qui frappe dès l'abord, c'est la prédominance des *syndromes dépressifs*, états mélancoliques, états asthéniques, avec ou sans anxiété.

Cette prédominance est la règle. Nous l'avons également constatée dans les Centres psychiatriques de l'Intérieur (1) et notre observation concorde avec les faits indiqués par d'autres observateurs, notamment

(1) Régis et René Charpentier. Les aliénés militaires internés du Centre psychiatrique de Bordeaux. Statistique et commentaires. *Caducée*, 15 avril 1916.

SYNDROMES MORBIDES	Mois d'avril.	Mois de mai.	Mois de juin.	Total.
I. — *Troubles psychiques constitutionnels.*				
Débilités intellectuelles congénitales simples	7	»	6	13
Déséquilibre psychique constitutionnel sans délire	2	1	2	5
Psychose périodique :				
Manie	3	2	5	10
Mélancolie	10	2	18	30
Délires non toxiques :				
Délires interprétatifs	5	»	2	7
Psychoses hallucinatoires	3	1	1	5
Hébéphréno-catatonie (démence précoce)	3	»	»	3
II. — *Troubles psychiques accidentels.*				
Etats asthéniques (états de fatigue)	16	1	8	25
Etats émotionnels :				
Confusionnels (syndrome dit commotionnel)	5	3	16	24
Syndromes pithiatiques purs	6	5	4	15
Etats toxi-infectieux :				
Alcoolisme. Aigu	1	»	»	1
Alcoolisme. Subaigu	»	»	2	2
Alcoolisme. Chronique (avec ou sans manifestations convulsives)	5	»	5	10
Paludisme	»	1	»	1
Délire des infections	2	1	»	3
Psychopathies organiques :				
Démences. Paralysie générale	1	1	5	7
Démences. Autres démences	»	»	»	»
Epilepsie	9	1	5	15
III. — *Troubles organiques du système nerveux sans troubles mentaux*	»	»	5	5
IV. — *Hommes en observation, n'ayant pas présenté de troubles mentaux*	4	2	8	14
Total	82	21	92	195

par Chaïkewitch (1), Serge Soukhanoff (2), Wla-

(1) Chaïkewitch. Des troubles mentaux liés à la guerre Russo-Japonaise. *Soc. de neuropath. et de psych. de Moscou*, 26 novembre 1904.

(2) Serge Soukhanoff. Des maladies mentales liées à la guerre

©BIUM

dyczko (1), Vialatte (Thèse Lyon 1911) qui ont insisté sur la fréquence de la mélancolie et des états dépressifs parmi les psychoses de guerre.

Les *syndromes émotionnels*, les plus fréquents après les états dépressifs, qu'ils conditionnent et précèdent parfois (2), sont les plus caractéristiques des troubles psychiques du temps de guerre. La guerre qui vient de prendre fin a fourni un riche champ à l'étude de la pathologie de l'émotion (3). L'étude des accidents du travail et des syndromes consécutifs aux grandes catastrophes, accidents de chemin de fer, tremblements de terre, explosions accidentelles, avait déjà montré ce que le choc émotif est capable de réaliser sur les sujets qui présentent cette constitution si particulière et si fréquente décrite par le professeur Dupré sous le nom de Constitution émotive (4).

Dès le début de la guerre, le professeur Régis écrivait que les « psychoses de la bataille » se traduisent essentiellement par des symptômes de confusion mentale à type amnésique, avec ou sans onirisme hallucinatoire, et

---

Russo-Japonaise. *Journal Russe de méd. milit.*, 1905. — Des troubles mentaux à forme dépressive chez les soldats. *Journal Russe de méd. milit.*, 1905, n° 46.

(1) Wladyczko. Troubles mentaux pendant le siège de Port-Arthur. *Nouv. Iconogr. Salpêtrière*, juillet-août 1907.

(2) René Charpentier. Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles. *Rev. Neur.*, juin 1917.

(3) Devaux et Logre. *Les anxieux*. Paris. Masson, édit., 1907.

(4) Prof. E. Dupré. La constitution émotive, *Paris méd.*, 7 octobre 1911. — *Bull. de l'Ac. de méd.* Séance du 2 avril 1918. Les déséquilibrés constitutionnels du système nerveux. *Paris méd.*, 11 janvier 1919.

Sous le nom de *constitution émotive*, le professeur Dupré a proposé d'individualiser « un mode particulier de déséquilibre du système nerveux caractérisé par l'éréthisme diffus de la sensibilité générale, sensorielle et psychique, par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, et se traduisant par des réactions anormales dans leur degré, leur diffusion, leur durée, leur disproportion avec les causes qui les provoquent ». (*Bull. Ac. méd.* Séance 2 avril 1918.)

sont des psychoses d'origine émotive (1). A cause de la similitude fréquente des symptômes psychiques, les états commotionnels ont été fréquemment confondus avec les syndromes émotionnels. André Léri (2), Dupré et Logre ont insisté sur ces faits. Mais la présence des altérations organiques du système nerveux qui accompagnent les troubles mentaux et les conditionnent dans la plupart des cas donnent au syndrome commotionnel vrai un pronostic tout différent. Bien que souvent très légères, ces fines lésions neurologiques peuvent être mises en évidence par un examen clinique minutieux, par l'épreuve du vertige voltaïque et par l'examen du liquide céphalo-rachidien (3). Pour Dupré et Logre, l'amnésie totale des circonstances du choc émotionnel, correspondant au coma initial, la constatation des stigmates céphalo-rachidiens, auriculaires et vasculaires dimidiés appartiennent en propre au syndrome de la commotion (4). Dans notre statistique ne figure pas le syndrome commotionnel, car le service des commotionnés, primitivement distinct, ne

(1) Prof. E. Régis. Les troubles psychiques et neuro-psychiques de la guerre. *La Presse médicale*, 27 mai 1915. — Gilbert Ballet et Rogues de Fursac. Les psychoses commotionnelles. *Paris méd.*, 1er janvier 1916. — Dumas et Delmas. Les confusions mentales d'origine commotionnelle chez les blessés. *Arch. de méd. milit.*, janvier 1917. — Roussy et Lhermitte. *Psychonévroses de guerre.* Paris, Masson, édit., 1917. — Prof. Jean Lépine. *Troubles mentaux de guerre.* Paris, Masson, édit., 1917.

(2) André Léri. *Commotions et émotions de guerre.* Paris, Masson, édit., 1918.

(3) Mestrezat, Bouttier et Logre. La formule céphalo-rachidienne des commotions nerveuses. *Bull. Ac. méd.* Séance du 14 mai 1918. — Pour ces auteurs, les modifications essentielles du liquide céphalo-rachidien des commotionnés sont les suivantes : hypertension légère, hyperalbuminose discrète, hyperglycosie légère, dissociation ou inversion albumino-cytologique. Dans les cas où, à la commotion, s'associe un degré plus ou moins accusé de contusion cérébrale, on observe les signes soit microscopiques soit macroscopiques d'une discrète hémorragie céphalo-rachidienne.

(4) Dupré et Logre. Commotion et émotion. *Bull. Ac. de méd.* Séance du 30 juillet 1918. — Emotion et commotion. *Revue Scientifique*, 2-9 novembre 1918.

©BIUM

fut rattaché au Centre de psychiatrie qu'à la fin du mois de juin 1917.

L'hyperémotivité pathologique aboutit souvent, à l'occasion de chocs émotifs de moyenne intensité, à la constitution de syndromes pithiatiques tels que les mutités, surdi-mutités, amblyopies, bégaiements, tremblements, parésies, camptocormies, etc. Les grands chocs émotifs, qui sidèrent l'activité psychique, créent des syndromes confusionnels. Babinski, Dupré, ont signalé la rareté relative des réactions hystériques dans les grandes émotions. Ces syndromes pithiatiques, qu'ils succèdent ou non à des états de stupeur confusionnelle avec amnésie, présentent cette particularité d'être aussi facilement curables lorsqu'ils sont traités précocement et sur place par un spécialiste, qu'ils sont tenaces et rebelles au traitement lorsqu'ils arrivent tardivement dans un service de l'intérieur après des changements successifs d'hôpital, plusieurs semaines ou plusieurs mois après l'éclosion des troubles. Chez des malades atteints de mutité, de surdi-mutité, d'aphonie, amenés directement du champ de bataille, la guérison, après quelques jours de repos, fut obtenue dans le service en quelques heures parfois, en moins de quarante-huit heures généralement, par la persuasion et la rééducation. Après deux jours de traitement, c'est à peine si les malades conservaient de très rares hésitations à propos de certains mots. L'habitude, la persistance de l'auto-suggestion, souvent même la mauvaise influence involontaire de l'entourage contribuent à rendre durables et tenaces des états qui, dans la majorité des cas, sont rapidement curables par le repos, l'isolement et la persuasion. C'est le rôle des services de neuro-psychiatrie de la zone des armées de reconnaître, d'isoler et de traiter ces malades le plus rapidement possible, avant le passage du syndrome à la chronicité.

Il est bon d'insister à nouveau sur le petit nombre de cas de *démence précoce* observés ; ceci est tout à fait conforme aux observations que nous avons déjà présentées à ce sujet avec M. le professeur Régis et en contradiction avec les constatations d'Ermakow (1). Il ne convient pas d'ailleurs d'accorder trop d'importance à ce fait, le diagnostic de démence précoce étant posé beaucoup plus facilement par les psychiatres allemands et russes que par les auteurs français. Comme ceux observés avec le professeur Régis dans un centre de l'intérieur, les cas envisagés ici sont des cas d'hébéphrenocatatonie.

La rareté de l'*alcoolisme* et particulièrement de l'alcoolisme aigu et subaigu prouve l'efficacité des mesures prises par le commandement dans la zone des armées contre l'alcool. C'est un résultat remarquable et qui contraste heureusement avec les faits observés pendant la période initiale de la guerre (2).

Parmi les *états organiques du système nerveux* il faut noter deux cas de méningite cérébro-spinale. De ces deux cas, le premier avait été envoyé dans le service avec le diagnostic : « Deux crises comitiales constatées au corps ». Il s'agissait de méningite aiguë à pneumocoques. Le second, à début par des troubles de l'équilibre, réalisa un véritable syndrome d'ataxie aiguë des membres inférieurs : l'agent infectieux était le méningocoque. Ces deux observations se terminèrent par la mort.

Signalons pour terminer qu'un grand nombre d'inculpés étaient adressés au service pour expertise psychiatrique. Pendant le mois de juin, il a été établi pour

(1) Ermakow. Des troubles mentaux pendant la guerre Russo-Japonaise. *X^e Congrès des médecins Russes*. Moscou, 25 avril, 2 mai 1907.

(2) Chavigny. *Psychiatrie et médecine légale aux armées*, *Paris médical*, 17 juillet 1915.

©BIUM

divers conseils de guerre vingt et un *rapports médico-légaux* concernant des prévenus. Inculpés d'abandon de poste en présence de l'ennemi, de désertion à l'intérieur en temps de guerre, de refus d'obéissance, de port illégal d'insignes, d'outrages et de voies de fait envers des supérieurs, ces inculpés ont été déclarés dans 11 cas irresponsables et dans 6 cas responsables ; dans 4 cas la responsabilité a été déclarée atténuée. Les états psychopathiques le plus souvent rencontrés au cours de ces expertises ont été la débilité mentale, le déséquilibre psychique constitutionnel, la mélancolie (5 cas), la paralysie générale (3 cas), le délire systématisé de persécution (2 cas).

Nous avons observé et décrit, sous le nom de *désertion paradoxale*, un mode particulier de désertion pathologique dont le principal caractère clinique et médico-légal est que son but est en contradiction avec la satisfaction de l'instinct de conservation (1). L'inculpé, loin de fuir la zone de guerre, s'y rend volontairement ou, tout au moins, déserte sans quitter la zone de feu. Cette désertion, qui ne tend pas à préserver l'individu des risques de guerre, présente un caractère médico-légal spécial et, dès le premier examen, paraît pathologique au magistrat instructeur. Un déserteur qui, volontairement, se rend ou demeure sous les rafales d'obus, présente un trouble profond de la personnalité et manifeste paradoxalement l'abolition de son instinct de conservation dans un acte qui, normalement, devrait avoir pour but la satisfaction de cet instinct.

Au moment où s'achève la plus terrible des guerres,

(1) René Charpentier. Désertion paradoxale. Fugue récidivante chez un mélancolique intermittent. *Soc. méd. psych.*, 25 février 1918. *Ann. méd.-psych.*, mai 1918. — Désertion paradoxale. Fugue délirante récidivante. *Soc. méd. psych.* 30 décembre 1918. — *Ann. méd.-psych.*, février 1919.

il nous paraît utile de publier des documents destinés à en établir le bilan psychiatrique. Notre service de santé militaire a réalisé une assistance psychiatrique qui, bien qu'improvisée pendant la guerre, a fonctionné d'une façon remarquable et a rendu de très grands services. Si ce résultat a pu être obtenu, c'est grâce aux travaux préparatoires des auteurs français dont nous avons rappelé les noms, grâce aussi aux relations que nous ont laissées les psychiatres qui ont participé aux dernière guerres et, en particulier, nos confrères russes après la guerre Russo-Japonaise.

©BIUM

L'ENFANCE DU DÉBILE INTELLECTUEL

RÉACTIONS ANTISOCIALES DU DÉBILE INTELLECTUEL EN FONCTION DE LA DÉBILITÉ INTELLECTUELLE

Par le Dr André COLLIN
Ancien chef de clinique des maladies mentales
à la Faculté de Paris.

Suite et fin (1).

Evolution des débiles intellectuels ; caractères imprimés à leurs réactions antisociales par la forme de leur esprit. — Les différences qui pourront être notées chez le débile intellectuel aux âges différents ne tiennent pas à ce fait que son intelligence aura fait quelques progrès; elle ne se modifiera pas. Mais étant donné que seul le nombre des connaissances qu'ils peuvent acquérir et le nombre des souvenirs qui meublent leur mémoire peuvent donner l'illusion qu'ils se sont modifiés, ils se présenteront sous des aspects superficiellement différents suivant qu'ils auront poussé leurs études plus ou moins loin, suivant qu'ils auront vécu dans un milieu lettré et cultivé ou non.

Leurs aptitudes différentes susceptibles de se perfectionner très heureusement leur permettent de réussir ou non dans ce qu'ils entreprendront et peuvent expliquer comment il se fait que des débiles intellectuels occupent de hautes situations. Ils restent tels qu'ils se sont mon-

(1) Voir les *Annales* de mars 1919.

trés dans l'enfance à quelques progrès d'addition près. Ils ont beaucoup appris, beaucoup retenu, ils agissent selon des règles immuables que d'autres ont établies, ils ne s'en écarteront point ; ils rendent de grands services sociaux et sont appréciés de leurs chefs.

Aucune barrière d'examens ou de concours n'est susceptible de les arrêter lorsqu'ils ont des aptitudes et de la mémoire.

En dehors des occupations de bureau, d'industrie ou de toute profession apprise dans laquelle ils peuvent faire un travail utile, lorsqu'ils se livrent à des travaux personnels, l'inutilité de ceux-ci est flagrante.

Un jeune homme de vingt-cinq ans, très bien noté dans une grande administration dans laquelle il avait acquis une place donnée au concours, atteint de la fièvre du travail, passait des soirées et ses jours de repos à faire des travaux personnels. Nous avons vu sur des cahiers soigneusement tracés à l'encre de différentes couleurs des barèmes compliqués pour établir le prix des cafés ; ce travail considérable lui avait demandé un an de labeur. Dans toutes les qualités de café et suivant des mélanges de qualités variant presque à l'infini, il avait établi les prix depuis la tonne de café jusqu'au petit sac de quinze grammes. Parti d'une dizaine de qualités de café, il avait étudié des mélanges possibles, ce qui donnait approximativement cent cinquante variétés, et dans chacune il établissait le prix des 1.000 kilogr., des 500 kilogr., 400 kilogr., etc., jusqu'au sac de 100 gr., 50 gr., 25 gr. Quand le travail fut fini, les cours avaient changé ; il fut néanmoins très surpris que les éditeurs des journaux spéciaux d'alimentation ne voulussent mettre aucun empressement à imprimer les résultats obtenus : « Je pensais, disait-il, que tous les marchands de café auraient voulu avoir ce travail affiché dans leur boutique. »

©BIUM

Leurs réactions antisociales présentent le même caractère. Alors que l'apathique fait peu parler de lui, l'éparpillé et le raisonneur ont souvent affaire avec les pouvoirs publics, pourvu que la surveillance des personnes chargées de leur éducation ne soit pas suffisamment efficace.

Parmi les délits qui leur sont reprochés, le vol, les fugues et le vagabondage reviennent d'une façon constante.

Les vols sont le fait des éparpillés ; les fugues et le vagabondage, bien que d'un mécanisme psychologique un peu différent, appartiennent aux raisonneurs et aux éparpillés.

Avant d'aborder le problème du diagnostic de la débilité intellectuelle, il importe de rappeler que de nombreuses associations morbides peuvent se présenter, et que souvent ces sujets sont atteints de perversité, obéissent sans aucun contrôle à des tendances malignes qui les rendent particulièrement dangereux socialement. De même que leur vanité s'étale avec complaisance, de même tous leurs désirs de nuire arrivent-ils sans contrôle à la réalisation, et leur permettent-ils d'être indéfiniment récidivistes sans qu'ils puissent comprendre la valeur et la portée des sanctions prises à leur égard.

Diagnostic. — Étant données toutes les aptitudes que nous avons reconnues au débile intellectuel, il ne peut être question de le confondre avec les idiots et les imbéciles.

Il est de première nécessité, d'une part, de ne pas le méconnaître en prenant ses aptitudes, son savoir pour des manifestations d'intelligence, d'autre part, de ne pas accepter l'existence de la débilité mentale trop hâtivement, alors que de simples défauts de l'esprit de l'enfant, précipitation, irréflexion, peuvent l'amener à agir ou à répondre d'une façon absurde. Le diagnostic doit être

établi aussitôt que possible pour que l'éducation compensatrice vienne développer ses aptitudes et lui apporter, le plus tôt possible, le plus grand nombre de connaissances qui lui permettront de figurer plus dignement dans la vie sociale.

Nous ferons le diagnostic jusqu'à cinq ans, puis à l'âge scolaire, à l'entrée en apprentissage, c'est-à-dire aux différentes périodes durant lesquelles il faudra discuter la valeur des symptômes différents qui aboutissent à la même constante, l'impossibilité de réflexion.

Avant cinq ans, le jeu, l'établissement de la fonction langage, les manifestations d'affectivité pour les siens seront les éléments principaux du diagnostic.

Le jeune débile intellectuel se présente surtout comme un enfant manquant d'initiative et d'imagination. Son absence de travail personnel l'empêche de modifier en aucune façon la façon de jouer qu'on lui a apprise, de créer un jeu nouveau, de s'occuper seul sans avoir recours à sa mère ou à ses camarades pour ses distractions. Il est le reflet plus ou moins adroit de l'ambiance. Il imite passivement ce qui a frappé ses sens. Il répète sans les modifier des phrases apprises, il emploie des mots entendus sans qu'aucune curiosité lui fasse demander leur signification, et le langage donne l'impression d'être voisin du psittacisme.

Il se différencie de l'enfant normal curieux, interrogateur, créateur de néologismes logiques, inventif et songeur. Il ne s'attache pas aux siens, non point parce que ses sentiments affectifs ne sont pas développés, mais parce qu'il n'a pas établi de rapports entre la présence de sa mère et les gâteaux et la protection que celle-ci lui apporte.

On amène pour une affection minime un enfant de quatre ans à l'hôpital. Jamais il n'avait quitté sa mère, et celle-ci craignait qu'il ne manifestât du désespoir. Il

©BIUM

se prit à sourire dans son berceau et quelques instants après, trop de choses nouvelles le distrayant, il semblait ne plus se souvenir des personnes qui l'avaient gardé jusqu'alors. Il était atteint de débilité motrice et intellectuelle.

A l'âge scolaire le diagnostic pour être fait exige des examens répétés et que l'observateur se place dans les conditions requises pour que l'*émotivité* de l'enfant ne masque point ses capacités et que des *défauts* habituels de son esprit et de son caractère ne puissent égarer le diagnostic. C'est à notre avis la partie la plus importante du diagnostic ; ce sont ces défauts qui peuvent donner l'illusion la plus complète du débile intellectuel, alors que l'écolier tout en ne donnant que de petits résultats scolaires ou sociaux est parfaitement capable de réfléchir et, plus tard, pourra se révéler comme un homme d'une intelligence élevée.

Un de nos amis, agrégé de lettres, normalien, écrivain connu, nous a confié que jusqu'à quinze ans ses professeurs avaient formellement déconseillé à ses parents de lui faire continuer ses études. Sa distraction, son étourderie, sa paresse lui avaient fait une spécialité de réponses absurdes que ses professeurs collectionnaient et l'on avait jugé hâtivement la valeur de son intelligence que l'on tenait pour à peu près nulle.

Nous ne citerons pas les observations très nombreuses des enfants que nous avons examinés à propos de leur insuffisance scolaire et qu'à tort on considérait comme des débiles intellectuels. Les uns se sont mis à travailler et sont de très brillants sujets faisant montre d'une intelligence nette ; les autres ont continué à avoir la même répulsion pour l'étude, mais ont pu trouver la voie où ils ont fait montre de toutes leurs qualités.

Cependant l'absurdité des réponses qu'ils donnaient

pouvait faire concevoir quelques inquiétudes sur la valeur de leur intelligence.

L'un d'eux absolument incapable de fixer son attention répondait n'importe quelle absurdité à une question posée. L'autre avec précipitation et impulsivité, sans même attendre la fin de la question, associait quelques mots ayant un vague rapport avec la demande.

Interrogé sur l'histoire du premier Empire le jeune F... répond : « Quand la dernière attaque des Français à Waterloo eut échoué, Napoléon devint tout pâle, et il partit au grand galop pour Sainte-Hélène. »

Les réponses en grammaire furent analogues : « L'imparfait est employé pour exprimer une action future dans le temps passé, laquelle ne se produit pas du tout » ; mais par ailleurs cet enfant savait fixer son attention pour ce qui l'intéressait ; il avait établi dans le jardin de ses parents un système de canalisation pour l'arrosage des légumes qui rendit des services, et sans que rien pût le faire prévoir il s'était mis à travailler vers seize ans et avait passé son baccalauréat avec succès.

Les tests scolaires sont insuffisants pour juger de l'intelligence d'un enfant ; ils ne permettent d'apprécier la valeur que d'une partie des qualités de son esprit, mais sont d'un petit secours pour l'appréciation de l'intelligence proprement dite.

Nous avons coutume de poser aux enfants une question quelconque qui puisse les surprendre par sa forme ou les termes qui l'expriment et de tenir compte beaucoup plus de la façon dont ils élaborent leur réponse que de l'exactitude de celle-ci.

Nous demandons à des enfants de trois ou quatre ans combien ils ont de bouche, d'oreilles ; ils répondent exactement. « Combien as-tu de cheveux ? » Les uns rient, d'autres donnent un chiffre, d'autres restent

©BIUM

muets ; les enfants réfléchis et intelligents répondent : « beaucoup », ou « je ne sais pas ».

Certains enfants profondément paresseux, des *imaginatifs*, vivant dans un rêve perpétuel, peuvent à tort être étiquetés débiles. D'autres enfin vivant dans un milieu familial absolument indifférent à leur présence peuvent garder une intelligence en jachère jusqu'à un âge très avancé, neuf, dix ans. Les exemples se voient surtout chez ceux d'entre eux qui ont une imperfection sensorielle quelconque qui les tient à l'écart. Une enfant de dix ans avec une certaine dureté de l'ouïe nous a été amenée par ses parents comme une idiote pour laquelle ils demandaient un placement. A dix ans elle parlait peu, ayant peu de mots à son service ; elle exécutait mal les ordres qu'on lui donnait, qu'elle avait mal entendus ; un caractère timide, une certaine apathie, la crainte que lui inspiraient ses parents impatients et prompts à la corriger, l'avaient fait depuis sa première enfance se tenir à l'écart. Elle s'est présentée à nous, mal vêtue, sachant à peine parler et incapable de faire quoi que ce soit. L'absence d'instruction, d'éducation était en partie responsable de cette manière d'être ; il aurait fallu déployer un effort plus grand pour amener cette enfant isolée par son infirmité au même niveau que les autres, et, quand une éducatrice plus patiente se fut occupée d'elle pendant quelques mois, elle rattrapa le temps perdu, et fut à même de passer son certificat d'études avec un an de retard seulement.

En apprentissage, c'est surtout avec d'autres formes de l'insuffisance intellectuelle qu'il faut faire le diagnostic.

L'*inintelligent* n'est pas identique au débile intellectuel. Alors que celui-ci est incapable de comparer et de réfléchir, l'inintelligent est capable de faire ce travail ; mais il échafaude son raisonnement sur des prémis-

ses habituellement si mal choisies que les résultats auxquels il aboutit sont sinon absurdes tout au moins dénués de tout intérêt. Une absence totale de perception des rapports intéressants des phénomènes entre eux, la non-appréciation du caractère principal des faits, l'impossibilité de reconnaître des identités derrière des diversités leur fait établir leur travail intellectuel sur des données tellement dénuées d'intérêt pratique que les résultats auxquels ils aboutissent après quelques raisonnements justes sont inutilisables.

Le borné fait montre de qualités suffisantes pour édifier un raisonnement, mais ne peut mouvoir son activité intellectuelle que dans un très petit espace.

Au delà des limites où peut être éveillé son intérêt et où s'étendent ses connaissances, il n'est point capable d'agir à bon escient.

Certains *esprits spécialisés* ne sont capables de réflexion que sur des sujets limités. *Des esprits faux* mettent au service de leurs désirs, de leur amour du paradoxe des raisonnements parfois fort intelligents et subtils.

Si c'est surtout avec les défauts de l'esprit qu'il importe de faire le diagnostic de la débilité intellectuelle, il est intéressant de remarquer qu'inversement les types d'éparpillés, de raisonneurs, d'apathiques peuvent se montrer, indépendamment de toute qualité de la réflexion et du raisonnement, chez des individus admirablement bien doués.

Diderot est un exemple d'intelligence vive et éparpillée, sautant d'un sujet à un autre avec brio, donnant une opinion juste sur chaque chose qu'il évoquait, dans une rapidité de pensée et une abondance de paroles qui dans un entretien de quelques instants effleure autant de sujets qu'il peut prononcer de mots. Le récit d'une entrevue que Diderot eut avec Garat, relatée par celui-ci, est

©BIUM

un très bel exemple d'éparpillement de la pensée chez un individu d'une grande intelligence.

Les raisonneurs débiles intellectuels peuvent avoir le même procédé d'esprit que les logiciens et les philosophes d'esprit élevé poussant un raisonnement jusqu'à ses extrêmes limites ; mais pour le premier le sentiment guide son raisonnement dont il ne retient que la forme, pour les autres toute nouvelle argumentation est réfléchie, critiquée et appréciée. Le débile raisonneur se sert des termes de la logique ; il emprunte la forme du raisonnement mais il s'écarte toujours du but de la logique si expressément donné par Stuart Mill : « Science des opérations intellectuelles qui servent à l'estimation de la preuve. » Son raisonnement l'amène à une certitude qui n'est acceptable que pour lui seul.

L'esprit faux pourrait parfois être pris pour un débile intellectuel par les résultats auxquels arrivent ses raisonnements subtils ; mais le mécanisme psychologique qui lui permet d'aboutir à ces résultats est différent. Il fait montre d'un travail intellectuel parfois remarquablement fin et logique mis au service d'une cause qui a séduit son intelligence par un côté paradoxal étrange inaccoutumé. C'est ainsi que l'avocat Linguet au XVIII^e^ siècle déployait une grande intelligence à démontrer la véracité des thèses qui l'avaient séduit par leur seul caractère d'étrangeté. Il a consacré de longs écrits à montrer que la pomme de terre, d'introduction récente en France, ne tarderait pas à acquérir sur notre sol « les redoutables propriétés du blé, que le pain est un poison lent ». Il tente de réhabiliter la mémoire de Néron et de Tibère dans les révolutions de l'Empire romain ; dans sa théorie des lois civiles il démontre que le despotisme est le facteur de la liberté des peuples. Cependant un réel talent, des raisonnements subtils sont mis au service de ces causes désespérées.

Alors que chez l'adulte il est important et difficile de faire le diagnostic au début entre les *états démentiels* et les états d'insuffisance intellectuelle, les occasions de faire ce diagnostic se présentent moins fréquemment chez les enfants jusqu'à l'âge où nous nous sommes proposé de les étudier. Malgré les quelques exemples cités de démence précocissime, il ne faut pas s'attendre à voir évoluer la démence précoce à cet âge. Les démences épileptiques, la paralysie générale infantile imposent le diagnostic. Si l'on veut saisir le moment où un débile intellectuel commence à s'affaiblir, une période d'une certaine durée s'écoulera où l'on sera réduit à des hypothèses et à des conjectures. Les règles générales d'appréciation de la démence trouveront ici leur application.

Le dément n'est pas uniformément insuffisant; quelques raisonnements valables, souvenirs de son passé, resteront encore ; la mémoire est en général diminuée ; l'état actuel est en opposition nette avec sa manière d'être antérieure, il ne fait plus ce qu'il pouvait faire avant, il commet des actes qu'il n'aurait jamais commis avant.

En vue de la répression des réactions antisociales si nombreuses dont se rendent coupables les débiles intellectuels, il est utile de résumer en quelques mots les principaux caractères qui permettront d'étayer le diagnostic le plus précocement possible et à l'occasion d'un délit de leur faire assigner immédiatement la place qu'ils doivent occuper dans les établissements de redressement de l'enfance. Car c'est une des grandes lacunes de notre législation actuelle de ne point tenir compte presque exclusivement de la valeur intellectuelle et morale du jeune délinquant pour lui appliquer l'éducation, l'instruction, la discipline, ou lui faire mener le genre de vie dans lequel ses facultés insuffisantes ou perverties ou amoindries seront susceptibles de donner

©BIUM

le meilleur rendement social ; une fugue de débile, un vol de ce débile, quelle que soit son importance, ne doit pas être réprimé comme celui d'un pervers, d'un hystérique, d'un épileptique, d'un esprit faux, imaginatif, etc.

Pour établir ce diagnostic on se basera donc :

1° *Sur les signes d'évolution.* — Évolution de la naissance à trois ans, retardée dans son ensemble, précocité plus rare, dysharmonie de développement fréquente.

2° *Établissement du langage.* Il est constant qu'une période beaucoup plus longue que chez les autres enfants s'écoule entre le prononcer des premiers mots et le prononcer des premières phrases construites par l'enfant.

3° *Absence d'initiative dans les jeux.*

4° *Prolongation de la période de généralisation* basée sur les caractères les plus superficiels et les plus contingents. Impossibilité pendant un temps très long de trouver des identités derrière les diversités.

5° *Retard dans la période de formation de la personnalité* traduite par l'emploi du pronom je, qui se fait en général après la deuxième année et qui chez les débiles intellectuels ne se réalise que vers 4, 5 ou 6 ans.

6° *Durée très longue de la période des erreurs* physiologiques de l'entendement, naïveté, crédulité, simplicité. Ils continuent toute leur vie à n'être pas difficiles sur la preuve. La façon dont s'établit la certitude chez l'enfant, par crédulité, confiance sentimentale en leur interlocuteur, absence de critique, croyance au merveilleux est et restera le procédé par lequel ils tiendront une chose pour vraie momentanément ou définitivement.

7° *Importance extrême de la défectuosité d'un sens* sur le développement de leur esprit.

Ce résumé nous permet de revenir encore sur le point qui nous paraît être la condition même de l'apprécia-

tion de la débilité intellectuelle, c'est-à-dire la constatation depuis le plus jeune âge et durant toute la vie de l'impossibilité constitutionnelle de réfléchir, de n'arriver à jouer un rôle social que par la mise en action plus ou moins heureuse des choses apprises, appliquées sans modifications personnelles avec l'appui, parfois considérable, de qualités secondaires brillantes et d'aptitudes variées.

Il vient à l'esprit d'esquisser rapidement les points de ressemblance et de différence de la débilité intellectuelle avec les mentalités primitives bien étudiées par Lévy-Brühl.

La mentalité des primitifs, leurs croyances, le mécanisme par lequel ils arrivent à la certitude, semblent par bien des points devoir être rapprochés de ceux des débiles intellectuels ; mais ils ne diffèrent autant qu'un état pathologique individuel acquis, nuisant au développement de l'individu, peut différer de caractères ethniques qui permettent à des races de continuer à vivre, à procréer, à se défendre, dans des conditions défectueuses il est vrai, mais qui ont été à peu près suffisantes pendant des siècles.

Entre ces deux mentalités une série d'analogies semble à première vue devoir être notée. Elles sont plus superficielles que réelles.

Le débile intellectuel est différent du milieu civilisé, instruit de logique, dans lequel il vit ; le primitif ne se différencie pas de son milieu auquel il est adapté. Si toute une série de croyances, d'acceptations pour des réalités de faits nullement démontrés, d'appréciations illogiques des phénomènes qui les entourent, donnent lieu aux pratiques de sorcellerie qui nous ont été rapportées par les explorateurs, il apparaît que même chez les races les moins perfectionnées leur manière de conduire leur pensée soit différente suivant qu'ils s'adres-

©BIUM

sent à des phénomènes tombant sous le contrôle de leurs sens ou qu'ils cherchent à expliquer ce qu'ils ne peuvent contrôler.

Aucun débile intellectuel ne saurait pêcher ni suivre une trace avec l'intérêt, la persévérance que sait déployer un primitif.

Cependant les croyances acceptées par les uns et par les autres arrivent à des résultats aussi absurdes.

Les jakoutes admettent que l'homme possède un kut, ombre ou double pas plus gros qu'un morceau de charbon et qui se compose de trois parties, une grande et pâle, une partie plus foncée, une partie sombre. Le kut s'égare pendant le sommeil, s'absente pendant la maladie, disparaît à la mort.

Le primitif est indifférent à la logique, le débile ne peut l'appliquer bien qu'on ait essayé de lui en inculquer les règles et les principes.

L'acuité des sens du primitif lui permet de se passer de la numération : sans savoir compter plus loin que quatre, il saura d'un coup d'œil voir si une bête manque dans un très grand troupeau. Le débile connaît parfois très bien la numération, mais il ne sait s'en servir.

Le primitif ne sait pas généraliser ; dans bien des dialectes le mot arbre n'est pas représenté alors que chaque buisson a un nom et un qualificatif. Le débile se sert par habitude des généralisations qui ont été établies, mais n'établit pas de rapports entre les choses.

Le primitif semble bien faire deux sortes d'opérations intellectuelles ; les unes où son intérêt est en jeu immédiatement, qui tombent sous le contrôle des sens, sont malgré lui logiques ; les autres participent aux idées délirantes dont la logique est absente ; c'est l'explication mystérieuse et imaginaire de tout ce qu'il ne peut contrôler et qu'il éprouve le besoin d'expliquer, c'est la participation des phénomènes entre eux expliquée au

gré de l'imagination du sorcier et acceptée par tous.

Le débile a le choix entre plusieurs explications, il accepte l'une plutôt que l'autre par suite de la présentation de l'hypothèse qui lui paraît séduisante, sans qu'il ait jamais rien fait pour en estimer la valeur.

Pourquoi la délinquance, si fréquente chez le débile intellectuel enfant, devient-elle infiniment moins fréquente chez le débile intellectuel adulte, alors que les qualités de son intelligence n'ont pu se modifier ? Nous avons vu que cette incapacité constitutionnelle de réfléchir ne peut s'amender ni médicalement ni spontanément. C'est donc grâce à d'autres facteurs que la débilité intellectuelle de l'adulte fournit moins de délinquants et, parmi ces facteurs, une connaissance plus approfondie des choses permises et défendues, un certain respect des quelques lois qu'ils connaissent, de la prudence.

Ils arrivent ainsi à ne point trop s'égarer et à tracer une ligne de conduite grâce à laquelle ils gèrent leurs affaires sans avoir maille à partir avec les tribunaux.

Nous n'aborderons point ici l'étude de l'étiologie de la débilité intellectuelle non plus que celle des différentes formes étiologiques et, partant, nous n'étudierons pas non plus les divers incidents pathologiques, tels que les périodes d'excitation ou de dépression, les accès confusionnels de courte durée, l'évolution démentielle qui attend certains d'entre eux.

Toutes ces notions sont fonction des causes qui ont produit la débilité intellectuelle. Celle-ci est la manifestation psychologique d'une manière d'être de la cellule nerveuse qui peut être tarée autrement et susceptible à toutes les infections et les intoxications, ou parfaitement résistante par ailleurs, ne traduire son insuffisance congénitale que par des troubles intellectuels.

©BIUM

Il faudrait établir aussi un parallèle entre les débiles intellectuels, insuffisants glandulaires, et ceux chez lesquels les glandes closes paraissent fonctionner suffisamment.

Bornons-nous à dire que le travail intellectuel des insuffisants glandulaires peut être passagèrement et heureusement modifié par des traitements appropriés et que, pendant les périodes où ils sont sous l'influence de leur traitement, la valeur de leur intelligence est très modifiée. Lorsqu'ils sont capables de montrer ce qu'ils possèdent, on est surpris de voir que leur bagage intellectuel est beaucoup plus considérable qu'il n'était apparu.

Les autres indifférents à toute médication ne peuvent que masquer leur indigence par le développement de leurs aptitudes ; en aucun moment ils ne seront capables de faire œuvre de réflexion.

©BIUM

TROUBLES MENTAUX

OCCASIONNÉS PAR LA GRIPPE

TROUBLES MENTAUX GUÉRIS PAR L'INFECTION GRIPPALE

Par le Dr Henri DAMAYE

Médecin-major de 2e classe,
Assistant à l'asile de Blois.

Nous diviserons en deux chapitres les faits à retenir observés chez nos malades à l'asile de Blois, au cours de l'épidémie de grippe de l'été et de l'automne 1918. D'une façon générale, la grippe a fait beaucoup de victimes dans nos établissements, surtout parmi les déments et les malades affaiblis et avancés. Il y a lieu de remarquer que l'épidémie fut surtout grave et meurtrière là où le régime alimentaire laissa particulièrement à désirer et où les restrictions furent abondantes.

Dans les populations urbaines, un grand nombre de réfugiés des régions envahies ou de la zone des armées, déjà surmenés et troublés par les émotions et les privations, ont été mortellement atteints par l'infection grippale. Les populations du Nord, habituées à une alimentation abondante et substantielle, ont fourni beaucoup de victimes, dans les régions de refuge et durant l'ère des restrictions. A notre avis, une remarque intéressante entre toutes est celle de M. le professeur agrégé Garin sur l'action préventive de l'arsenic (1). Garin a montré

(1) *Progrès médical*, 3 novembre 1918.

©BIUM

la bénignité et l'immunité relative chez les paludéens soumis aux arsenicaux et à la quinine : leur organisme était mis en état de plus grande résistance vis-à-vis de l'infection.

Ces considérations sont intéressantes en psychiatrie, car l'étiologie et la thérapeutique qui en découlent sont l'avenir de notre spécialité.

Il serait superflu de rapporter des observations sans caractères particuliers de sujets atteints de troubles mentaux à l'occasion d'une grippe. La grippe est une affection déprimante, qui semble favoriser les formes mentales dépressives pour peu que le terrain s'y prête, mais elle déclanche aussi fréquemment d'autres états. Comme toutes les infections, elle agit, au point de vue délire, selon les prédispositions individuelles, donnant lieu à des accès de manie, de mélancolie avec idées de persécution, à des psychoses confusionnelles, etc. Nous ne citerons ici que deux cas présentant un intérêt, parmi ceux qu'il nous a été donné d'observer. Le premier, de courte durée et d'évolution heureuse, est, pour ainsi dire, un accident mental, une observation d'hôpital psychiatrique.

Confusion mentale stupide légère aiguë. — Infirmière, vingt ans. En fin septembre 1918, après une grippe fébrile avec bronchite et épistaxis, tombe dans un état de stupidité légère, incapable de reprendre son service d'infirmière. Reste immobile à la même place comme une statue. Si on la stimule, essaie de travailler et de faire ce qu'on lui ordonne, mais pour retomber bientôt dans l'inertie ou la bizarrerie. Une religieuse essaie de l'envoyer demander un renseignement pour le service à la supérieure ; elle revient en disant : « M^me^ la Supérieure a répondu : C'est bien, allons, mon enfant, et m'a donné sa bénédiction. » Une série cacodylate de soude, 5 centigrammes pendant dix jours. Potion iodée. 30 grammes vin de quinquina. Bonne alimentation. Six jours après le début, amélioration progressive : la désorientation et la dépression s'atténuent peu à peu. Au

©BIUM

bout de dix jours, elle se rend compte spontanément qu'elle a été malade mentalement. Quelques jours plus tard, elle reprend normalement son service d'infirmière.

Voici maintenant une confusion mentale aiguë onirique chez une instable mal équilibrée, à hérédité tuberculeuse et méningitique, guérie depuis quatre ans d'un accès de confusion mentale stupide.

S... entre en 1914, à l'âge de vingt-deux ans, à l'asile de Blois. Célibataire. Un frère mort en bas âge de méningite « suite de coqueluche », un autre mort tuberculeux. Torpeur avec idées hypocondriaques vagues. Un certificat porte : « Démence précoce, état de stupeur, aucune initiative, ne répond pas lorsqu'on l'interroge. » S'améliore progressivement, mais demeure fantasque et manifeste quelques idées de grandeur. En juin 1918, parle beaucoup; travaille parfois, mais donne l'impression d'une déséquilibrée. Grippe infectieuse en septembre 1918. Broncho-pneumonie double; langue sèche, métrorragies. Le quatrième jour de la grippe, est prise de confusion mentale aiguë onirique. Incohérence, inconscience. Ne parle pas et ne répond pas. Sort de son lit continuellement. Me tire obstinément par la manche, par le bras. Évolution fatale. La nécropsie montra une hépatisation rouge lobulaire aux deux poumons. Pas de tuberculose. Très léger épanchement citrin dans le péricarde. Valvule mitrale très légèrement épaissie. Foie infectieux. Rate hypertrophiée, non dégénérée. Reins à légère dégénérescence graisseuse, sans adhérences. Ovaires un peu turgescents. Pas d'atrophie cérébrale; ni liquide surabondant, ni ampliation des ventricules. Rien à la pie-mère. Dure-mère très adhérente à la boîte cranienne. A l'examen histologique, rien d'appréciable, à part un peu de chromatolyse et quelques éléments ronds plus abondants; pas d'altérations cellulaires ni de réaction névroglique. En somme, état d'intoxication cérébrale dont le substratum échappe à nos méthodes actuelles.

Un second chapitre, en ce qui concerne la grippe, est l'amélioration ou la guérison de psychoses sous l'influence de l'infection grippale. Les travaux de Régis

©BIUM

et de son école ont déjà montré tout l'intérêt que présentent les guérisons de psychoses aiguës sous l'influence d'un érysipèle, d'un phlegmon ou d'une autre infection intercurrente. Nous connaissons aussi la cessation des paroxysmes épileptiques pendant l'évolution d'une maladie infectieuse : ici l'influence cortico-dépressive de la fièvre doit être envisagée comme le grand facteur, d'après nos observations et nos recherches (1). Dans l'observation suivante, l'infection grippale fut le facteur de la guérison.

Mme C..., trente-huit ans, ménagère. A toujours été très impressionnable. A la mort de sa grand'mère, il y a quinze ans, parlait de se suicider : elle venait alors de se marier. A une fillette âgée de neuf ans. Les troubles mentaux ont apparu en novembre 1916, lentement et progressivement, après la nouvelle de la mort de son mari, tué à la guerre. Pendant dix mois, elle eut des accès d'excitation délirante, accentués surtout à l'époque des règles. Les règles cessèrent en septembre 1917. La malade entra à l'asile de Blois le 3 octobre 1917. Ses troubles mentaux consistaient en accès délirants d'idées mystiques, mélancoliques et de grandeur ; elle se disait en relation avec le ministre de la Guerre, la Belgique et l'Allemagne. Elle refusait de s'alimenter, tenait des propos obscènes, relevait ses jupes, blasphémait contre la religion, tout cela au milieu de chants, de rires et de pleurs. A d'autres moments, état de torpeur où la malade reste au lit et ne parle pas. Très constipée. Pendant un an, l'état de Mme C... fut ainsi, sans modification. Souvent agitée et violente, parlant avec incohérence maniaque de sujets divers, notamment de l'Allemagne, de Jésus-Christ, faisant beaucoup de difficultés pour s'alimenter suffisamment. En fin septembre 1918, elle est atteinte de grippe avec fièvre à 40°, bronchite, sans complications. La grippe guérit en l'espace d'une dizaine de jours, et en même temps l'excitation et les idées délirantes, si actives depuis plus d'un an, dispa-

(1) L'épilepsie, ses lésions méningo-corticales ; obnubilation intellectuelle et démence. *Echo médical du Nord*, 10 juillet 1910. — Quelques remarques sur l'épilepsie. *Revue de psychiatrie*, mai 1912.

©BIUM

raissent elles aussi. Elle était, depuis son arrivée à l'asile, très maigre et l'est encore après sa guérison. Ici, c'est donc bien sous l'influence de l'infection grippale qu'est survenue la guérison et non sous celle d'une suralimentation ou d'un traitement médicamenteux. Du 12 au 24 octobre, série de cacodylate de soude : dès lors, commence à grossir. Très raisonnable en tout, travaille très bien, a très bon appétit. Règles irrégulières, absentes depuis deux mois. Sort guérie de l'asile de Blois le 30 octobre 1918.

— Chez une autre malade, M^me^ G..., vingt-sept ans, ménagère, entrée à l'asile de Blois, le 4 septembre 1917, en état de mélancolie dépressive et anxieuse avec idées de persécution et de suicide, refus d'alimentation, survient en septembre 1918 une grippe (broncho-pneumonie et fièvre à 40°). Au cours de la grippe, les idées délirantes s'atténuent et disparaissent en une quinzaine de jours. Il persiste une légère hyperthermie vespérale à 38° (bacillose probable). Séries de cacodylate et suralimentation. La malade est maintenant souriante et guérie mentalement; elle se rend compte de sa maladie antérieure. Cette malade avait, avant son entrée, une petite fille alors âgée de trente-trois mois; le mari était prisonnier en Allemagne depuis le début de la guerre. La bacillose commençante contribua peut-être aussi à l'étiologie.

Voilà deux observations bien intéressantes, car elles montrent que l'infection grippale, si elle déclanche des troubles mentaux, peut en guérir d'autres, et même des psychoses datant de plus d'une année. Nous nous contenterons de rapporter ces faits, que des études biologiques, dans l'avenir, expliqueront et utiliseront en thérapeutique psychiatrique.

Nous conclurons enfin que deux modes de guérison biologiques des psychoses sont actuellement connus :

1° Par amélioration de l'état physique général au moyen de la suralimentation aidée du repos, des médicaments antitoxiniques et des arsenicaux ;

2° Par l'influence, dans certains cas, d'une maladie

©BIUM

infectieuse intercurrente, sans mise en œuvre de la médication précédente.

La grippe est au nombre de ces toxi-infections capables, chez certains sujets, d'atténuer et de faire disparaître des troubles mentaux.

©BIUM

Médecine légale

EXPERTISES MENTALES
DANS UN CENTRE D'ARMÉE

Par le Dr Raymond MALLET

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

Nous ne donnerons pas une statistique détaillée qui ne signifierait rien : nous sommes arrêté dès qu'il s'agit de classer les délits, car souvent ils s'ajoutent, la désertion à l'abandon de poste, le fuyard devenant déserteur après quarante-huit heures d'absence au corps, l'ivresse aux différents délits de refus d'obéissance, d'outrages, de rébellion qui sont en général sous sa dépendance ; nous reculons encore plus devant une classification nosologique dont le cadre forcément étroit ne conviendrait pas à l'ampleur du tableau clinique : aussi bien serions-nous incapable de tracer celui-ci. Nous voulons seulement détacher de l'ensemble des expertises qui nous ont été confiées quelques faits auxquels les circonstances nous semblent avoir donné un certain intérêt. C'est dans les affaires d'abandon de poste et de désertion que nous les trouverons, les autres délits ne revêtant qu'un caractère particulier de gravité du fait de la guerre.

©BIUM

Abandon de poste en présence de l'ennemi, désertion à l'intérieur en temps de guerre sont d'ailleurs les motifs d'inculpation de beaucoup les fréquents ; M. Voivenel les rencontre 23 fois sur 35, au cours de ses « trois années d'expertises divisionnaires » (1) ; M. Damaye dans 43 cas sur 65 qu'il a examinés dans un Centre d'armée (2) ; ils figurent, isolés ou non, dans 75 p. 100 de nos 300 observations environ ; c'est la proportion que trouve M. Brissot dans un Centre d'armée ; nous ne parlons pas des expertises faites dans les services psychiatriques de l'intérieur où manque le gros appoint des abandons de poste.

L'abandon de poste, c'est en général *la fugue* qui schématiquement se présente sous trois formes, *incohérente*, *cohérente*, *organisée*.

L'expert voit exceptionnellement la *fugue incohérente* : le confus, l'halluciné, l'épileptique, le paralytique général, en somme le dément, au sens médical du terme, échouent à l'hôpital avant que la justice ait le temps d'intervenir. Et c'est encore là une des raisons pour lesquelles toute statistique est illusoire. Cependant, l'homme qui a agi au cours d'un état second, l'épileptique ou simplement le somnambule, se trouve parfois parmi les prévenus.

Ce fut le cas de Dur..., qui, placé comme « veilleur aux gaz » dans un secteur de Champagne, disparaît et est rencontré le lendemain sur une route de l'arrière. Son officier déclare que Dur... « a toujours été à la compagnie un bon soldat tant au feu qu'au repos, n'ayant encouru aucune punition depuis le commencement de la guerre et qu'il avait l'entière estime de ses chefs » ;

(1) Paul Voivenel. Réflexions sur trois années d'expertises divisionnaires. *Société médico-psychologique*, 29 octobre 1918.
(2) H. Damaye. Psychiatrie d'armée. *Le Progrès médical*, 17 août 1918.

©BIUM

il attire l'attention sur « l'état de santé de ce militaire qui fut déjà mis en observation pour troubles mentaux ». Dur... est en effet sujet à des « crises » depuis l'âge de 15 ans, au cours desquelles, dit-il, il « tombe en enfance, gâte, ne se rend compte de rien, ne fixe aucun souvenir ». Son père avait aussi des « pertes de connaissance ». En ce qui concerne l'acte incriminé Dur... ne cherche pas à se disculper : il était en ligne depuis plusieurs jours ; il se souvient d'avoir reçu à son poste la visite de son sergent, puis plus rien ; il se retrouve sur une route qu'il ne connaît pas, cherche ses camarades autour de lui, se demande comment il est arrivé là ; il se sent fatigué, pose à terre son sac et son fusil dont il ne s'est pas débarrassé, et il « réfléchit ». Des soldats passent, il s'informe auprès d'eux, leur demande à boire. Des gendarmes l'abordent, il leur explique sa situation, et comme il se sent « drôle », qu'il a déjà éprouvé des malaises semblables, il leur dit son désir d'être examiné par un médecin.

La *fugue* simplement *cohérente* est celle du dégénéré impulsif, celle de l'émotif, et celle de certains déprimés.

Nous avons déjà rapporté des exemples de la première, à laquelle les événements ont donné un relief non surprenant (1) ; en voici un nouveau.

Che... disparaît le 1er avril 1917 du cantonnement de repos où il revient spontanément le 8. « Depuis son arrivée à la compagnie, dit le capitaine dans son rapport, Che... faisait son service d'une manière satisfaisante. Il s'est toujours très bien conduit au feu, notamment lors de l'opération du 15 mai 1916 à la suite de laquelle il fut l'objet d'une citation ». Et Che.., explique, son tour de départ en permission ayant été reculé, « ce

(1) R. Mallet. Fugue et délire. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1917.

©BIUM

changement m'a fortement affecté et le désir de voir ma femme l'a emporté sur le devoir. Je suis parti sans me préoccuper des suites de mon acte, mais je ne voulais pas déserter. » Che... est un constitutionnel : père mort de congestion cérébrale ; convulsions dans l'enfance ; stigmates de dégénérescence; acte impulsif antérieur avec appoint éthylique. Facteurs occasionnels : fatigue (avec céphalée), recul de permission, idée à caractère obsédant.

Le second type de fugue cohérente, celle de l'émotif, est plus spécial à la guerre et par suite a été étudié davantage (1).

Il n'y a plus rien à dire aujourd'hui du rôle de la constitution émotive, de l'émotivité morbide consécutive aux shocks traumatiques ou moraux, de la déficience organique ou psychique préalable dans la fugue émotive ; rien non plus de son allure clinique, que le malade s'enfuie en fait, ou plus rarement qu'il ne suive pas le régiment vers la ligne de feu (fugue négative de Voivenel). Cependant la fugue émotive n'a pas toujours la « peur » comme mobile (2), et c'est ce qui fait l'intérêt du cas de Cab..., entre autres, dans lequel il s'agit bien d'un raptus émotif, mais causé par une image obsédante du champ de bataille.

« Le 31 août 1918, dans l'Aisne, à la suite d'une réunion de gradés auprès du commandant qui leur annonce le retour en ligne du régiment pour le soir même, Cab... disparaît, et il se constitue prisonnier le 2 septembre suivant. Le capitaine, qui rend compte de ces faits, ajoute dans son rapport : « L'adjudant

(1) J. Lépine. Troubles mentaux de guerre. Masson, 1917. — A. Léri. Commotions et émotions de guerre. Masson, 1918 (voir Bibliographie annexée). — E. Dupré et Logre. Emotion et commotion. *Académie de Médecine*, 30 juillet 1918.

(2) P. Voivenel. Sur la peur morbide acquise. *Annales médico-psychologiques*, mars 1918.

Cab... était un excellent sous-officier ; il s'était, jusqu'à ce jour, distingué dans les divers combats auxquels il avait pris part, notamment à Hailles, en avril 1918, et tout récemment à l'attaque du 29 août. Son sang-froid dans les circonstances difficiles était légendaire ; au lendemain de l'attaque du 29, il avait été proposé pour le grade d'adjudant chef et pour une citation. » Cab... avait déjà été cité à l'ordre de son régiment dans les termes suivants : « Très bon chef de section, d'un sang-froid et d'un courage à toute épreuve ; le 25 avril 1918, sa section étant prise sous un violent tir de barrage, a fait traverser tous ses hommes, et n'a quitté la zone battue qu'après s'être assuré que toute sa section l'avait franchie. »

L'attaque du 29 août avait été particulièrement dure, et Cab... en était revenu « bouleversé ». Un témoin déclare : « J'ai vu l'adjudant Cab... le 30 vers midi, je l'ai trouvé très déprimé, les yeux hagards, il m'a causé à peine ». Et l'inculpé explique : « En sortant de chez le commandant, je sentais que je ne pouvais plus remonter à l'endroit que j'avais quitté ; j'avais été trop frappé par ce que j'y avais vu, tous ces morts, l'acharnement qu'il y avait eu, les blessés qui criaient et qu'on ne pouvait pas relever ; j'avais toujours l'horrible spectacle devant les yeux ». « Avez-vous été subitement pris de peur? » « Il y avait eu surtout des mitrailleuses, et ça ne me dérangeait pas beaucoup ; ce n'était pas la peur d'être tué ; je ne pouvais pas revoir le champ de bataille, et c'est pour ne pas y aller que je suis parti chez moi. Je ne me rendais pas compte de ma faute, sans ça je ne l'aurais pas fait ; je n'avais qu'une idée, ne pas aller sur le champ de bataille. »

Cab... était un affectif. La mobilisation l'avait trouvé vivant auprès de sa mère et de ses trois sœurs un peu en petite fille ; son père était mort en 1913 à l'asile de Villejuif. « A la guerre, nous raconte-t-il, mes camarades étaient plus inconscients que moi ; ce que je voyais me faisait de la peine ; ces actes de guerre, toujours se tuer, ça m'était si pénible ; ce n'était pas la peur, trop de sensibilité, je crois, mais j'étais maître de moi. »

Notre rapport se terminait ainsi : « Nous comprenons alors qu'un homme dont le déséquilibre mental constitu-

©BIUM

tionnel porte sur l'affectivité arrive, à la suite de chocs émotionnels répétés se produisant sur un organisme de plus en plus fatigué, à faire un accès d'anxiété morbide. Il ne s'est pas agi, en l'espèce, de peur pathologique, mais d'un état de désarroi moral passager causé par l'image obsédante du champ de bataille. Toute l'activité psycho-motrice de Cab... s'est polarisée autour de cette image, et c'est sous l'influence d'un raptus anxieux qu'il a abandonné son poste ; il n'a plus été « maître de lui » ; il y a eu une sorte de « claquage » de sa volonté.

« C'est pourquoi nous croyons devoir conclure de la manière suivante : Cab... était dans l'état de démence défini par l'article 64 du Code pénal quand il a commis les faits qui lui sont reprochés, etc. »

Observation riche en enseignements, qui nous montre dans une fugue émotive tout à la fois l'influence de l'hérédité, le rôle de l'anaphylaxie émotive, l'exemple du « claquage » de la volonté, pour employer la forte expression de Voivenel, d'une volonté d'autant plus tendue que l'homme au « courage et au sang-froid légendaires » était un affectif.

De cette fugue par hyperémotivité sans peur morbide nous rapprocherons celle de certains déprimés qui partent sans préméditation comme dans les cas précédents, mais avec l'intention de fuir, de s'isoler.

Lam..., sur le front depuis deux ans, disparaît de son régiment pendant que celui-ci est au repos dans un village de l'arrière. Il rejoint spontanément son unité quelques semaines plus tard, n'ayant passé que les dernières vingt-quatre heures chez ses parents qu'il avait voulu rassurer avant de se constituer prisonnier. Il les avait, en effet, laissés sans nouvelles pendant sa désertion, ainsi que pendant les quelques jours qui ont précédé sa fugue, alors qu'il semblait « changé » à ses camarades, auxquels « il ne parlait presque plus ».

Son acte étonne son commandant de compagnie, qui

©BIUM

déclare qu'il était « bon soldat, n'ayant encouru aucune punition » ; Lam... était même brave au feu et il l'a encore montré à son retour au régiment, après sa faute, alors qu'on constituait son dossier de conseil de guerre, auquel on ajoutait ces lignes signées de son officier : « Lam... s'est très bien conduit pendant les combats des 30 et 31 juillet, et a fait preuve d'un courage et d'un sang-froid exceptionnels. »

Et Lam... raconte qu'un jour, au cantonnement de repos, il est parti, parce qu'il « n'en pouvait plus ». « Je ne pouvais plus suivre les autres, j'étais fatigué, découragé; j'avais peur, quand on me causait, de ne pas pouvoir répondre sur ce qu'on me demandait » ; et, « n'osant pas » se faire porter malade, il part, pour fuir le monde, à la recherche de la solitude, sans autre but précis (grosse différence avec le dégénéré impulsif), ne songeant pas aux conséquences de son acte. Il erre pendant plusieurs semaines, loin des lignes et loin de chez lui, partageant son temps entre l'isolement et les travaux des champs auxquels le pousse, par courts intervalles, le besoin de manger. Parfois il songe au régiment, à sa famille, mais à l'appréhension de se retrouver dans l'agitation du monde s'ajoute celle de ne pas être reconnu malade, d'être puni ; d'ailleurs il souffre toujours moralement et physiquement. Enfin une amélioration sérieuse se dessine, dont Lam... profite pour agir comme nous avons vu.

C'est là un de ces états de neurasthénie dépressive, de dépression avec tendances mélancoliques, qu'on rencontre assez souvent chez le combattant, états susceptibles de déclancher une fugue différente à la fois de la fugue impulsive du dégénéré — qui part en général sous l'empire d'une idée plus impérieuse et, celle-ci satisfaite, éprouve aussitôt une impression de détente, qui par ailleurs est un « constitutionnel », — et de la fugue plus condensée, pourrait-on dire, plus aiguë aussi de l'hyperémotif.

La plupart des fugueurs émotifs et presque tous les

©BIUM

dégénérés impulsifs, les déprimés ne se « ressaisissent » pas assez vite, agissent comme Cab... ; ils se constituent prisonniers sans tarder, et n'ajoutent pas le délit de désertion à celui d'abandon de poste.

Il n'en est pas de même, en général, de ceux qui ont plus ou moins *organisé* leur *fugue* et qui restent à l'arrière jusqu'au moment de leur arrestation, à l'exception de quelques « poltrons ».

Il s'agit dans ce dernier cas d'individus dont les moyens de résistance pour lutter contre la peur peuvent être diminués, mais qui ne « luttent » pas : c'est l'aboulique, parfois même l'apathique ; c'est l'ancien commotionné, c'est l'homme déficient aussi bien au point de vue organique qu'au point de vue mental (insuffisance testiculaire ou thyroïdienne, albuminurie, etc.) ; c'est en somme le poltron, le plus souvent pathologique (1).

Ant... est de ceux-là. Le 17 février 1917 il quitte sans autorisation son poste dans la tranchée de soutien ; dans un boyau il rencontre son lieutenant auquel il demande la permission d'aller aux cuisines chercher du tabac ; celle-ci lui ayant été accordée, il continue sa route, ne s'arrête pas aux cuisines et va jusqu'au village voisin où il passe la nuit dans une maison abandonnée ; le lendemain matin il se constitue prisonnier. Il avoue être parti sous l'influence de la peur, alors que le secteur était soumis à un violent bombardement ennemi. Déjà condamné pour abandon de poste dans les mêmes conditions. Noté par ses officiers comme un « poltron ». Grosse déficience : antécédents chargés (père mort alcoolique, mère tuberculeuse ; élevé par son grand-père ; hospitalisé à l'âge de onze ans pour « danse de Saint-Guy ») ; faiblesse générale.

Dans les autres cas de fugue organisée, il s'agit de débiles moraux, pervers instinctifs, déséquilibrés in-

(1) Logre. *La Presse médicale*, 9 juillet 1917.

BIUM

stables, la plupart teintés d'alcoolisme, dont l'intelligence quelquefois assez vive ignore toute notion éthique, qui fatalement se plient encore moins aux exigences de la vie guerrière qu'à celles de la vie ordinaire et qui furent des habitués des tribunaux civils avant d'être des habitués des conseils de guerre. Certains, l'exception, arborent la croix de guerre; bravoure folle le plus souvent qui montre qu'ils n'abandonnent pas leur poste par peur, mais avec l'intention de déserter (1).

La désertion est fréquente chez le débile intellectuel. Désertion à l'intérieur, car nous n'avons vu que trois exemples de « tentative de désertion à l'ennemi » : celui d'un dégénéré impulsif qui saute le parapet pour aller chercher sous les balles ennemies une fleur destinée à sa fillette; celui d'un déprimé alcoolique qui « voulait en finir » ; et l'exemple d'un gros débile qui, fatigué de rester dans la tranchée sans rien voir, passait de l'autre côté pour « voir ce qu'ils avaient dans le ventre et parler à Guillaume ».

Le cas de désertion le plus ordinaire est celui du débile qui ne rejoint pas son corps à l'expiration d'une permission régulière. Les explications de Lacom... ont assez de saveur dans leur candeur.

Lacom..., parti en permission presque malgré lui (il avait fallu insister pour qu'il prît son tour), ne rentre pas et on l'arrête chez lui un mois plus tard. « Vous êtes en prévention de conseil de guerre, lui demande-t-on. — Je ne diffère pas. MM. les gendarmes sont venus me chercher chez moi. J'étais en train de travailler. J'avais avisé M. le Maire de ma commune parce que je suis électeur dans ma commune. Et puis je ne tenais pas à aller en permission ni à revenir. On

(1) La *fugue organisée* peut encore être une réaction de délirant, persécuté revendicateur ou jaloux par exemple, mais comme tel l'expert ne la rencontre presque pas.

©BIUM

ne peut voyager que bien difficilement à cause des inconvénients sur la voie ferrée ; il vous faut toujours perdre quelque chose ; les trains ne vous mènent pas dans la direction voulue ; il faut traverser une vingtaine de départements, etc. » Le diagnostic avait été fait depuis longtemps au régiment.

Mais à côté du débile dont il n'y a rien à attendre, il y a celui dont la désertion surprend ses supérieurs et ses camarades. C'est le cas, entre beaucoup d'autres, de Mor..., au sujet duquel nous concluions : « Mor... est un débile illettré, il a besoin d'être dirigé, il est incapable d'initiative, incapable de s'adapter aux circonstances. Il l'a montré dans la vie civile, où il a été successivement charretier, chiffonnier, journalier ; et, dans le milieu militaire, cet homme « merveilleux au feu » (c'est l'expression de son capitaine), parce que là il est encadré, et qu'en somme il n'est pas dépourvu de sentiments, devient « médiocre » (toujours d'après le capitaine), « au cantonnement où la discipline est relâchée, oublie son devoir quand il est abandonné à lui-même. »

En résumé, si aujourd'hui il nous est permis de donner une impression d'ensemble sur la médecine légale dans un centre psychiatrique d'armée, pendant une période de trois ans, nous dirons timidement ceci :

La résistance psychique du combattant fut surprenante ; l'expert vit très peu de délinquants si l'on tient compte de la densité des effectifs ; les délits les plus fréquents furent la désertion et l'abandon de poste.

La *désertion* fut surtout une réaction négative de débile, ou le fait du déséquilibré constitutionnel inéduqué moralement ; le premier ne rejoint pas son régiment à l'expiration d'une permission (désertion à l'intérieur), le second quitte son régiment, le plus souvent

©BIUM

au cantonnement de repos, pour aller mener son existence vagabonde (désertion en présence de l'ennemi).

L'*abandon de poste* fut, en général, l'acte du dégénéré impulsif, du déprimé, de l'hyperémotif, du poltron.

Le dégénéré impulsif est un débile constitutionnel de la volonté chez lequel l'idée se transforme en acte d'une manière réflexe, mais qui ne fuit pas le combat.

Le déprimé est un malade de guerre, un affaibli physiquement et moralement, qui cherche dans sa fugue le repos et l'isolement dont il a besoin.

L'hyperémotif, constitutionnel ou accidentel, victime d'une crise de désarroi morale dont la « peur morbide » peut être absente, part dans un raptus anxieux.

Le poltron, déficient ou non dans ses moyens de résistance contre la peur, ne « résiste » pas comme l'hyperémotif dont il n'a d'ailleurs pas les antécédents de bravoure, ne fait pas comme lui des accidents mentaux et agit avec plus ou moins de discernement.

Les autres délits : *refus d'obéissance, outrages à un supérieur*, *voies de fait*, *rébellion*, etc., furent rares, et le plus souvent, à moins qu'on n'ait eu affaire à un paranoïaque, associés à celui d'ivresse.

Les déments, au sens médical du terme, étaient en général hospitalisés avant leur mise en prévention.

Quant au simulateur, celui qui « fait le fou », nous ne l'avons pas rencontré.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1919

Présidence de M. DUPAIN, président.

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

MM. Bonhomme et Chavigny, membres correspondants, assistent à la séance.

M. Trenel, vice-président, encore mobilisé, à qui une courte permission a permis d'assister à la séance, remercie ses collègues de l'avoir appelé à la vice-présidence.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Anglade, qui remercie la Société des félicitations qui lui ont été adressées à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur ;

2° Des lettres de MM. André Collin et Raymond Mallet, anciens chefs de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, qui posent leur candidature aux places de membres titulaires déclarées vacantes.

Le Bureau de la Société propose la nomination d'une Commission, ainsi composée, pour l'examen des titres des candidats : MM. Arnaud, Chaslin, Séglas, Semelaigne et Vallon.

Cette proposition est acceptée à l'unanimité.

Rapport de la Commission des finances.

M. Semelaigne. — Messieurs, l'avoir de la Société au 31 décembre 1917 était de . . . . . Fr. 11.699 70
Les recettes en 1918 ont été de 2.951 90
A reporter. 14.651 60

Report.	14.651	60
Les dépenses ont été de.	1.168	65
Reste un excédent global de	13.482	95

se décomposant ainsi :

Société médico-psychologique.	2.478	85
Prix Aubanel.	6.411	60
Prix Belhomme	2.650	»
Prix Moreau (de Tours)	500	»
Prix Christian.	1.442	50
Total	13.482	95

formant l'actif en caisse.

Les rentes annuelles de la Société se décomposent ainsi :

Rentes de la Société médico-psychologique. Fr.	566	»
Rentes du prix Aubanel	800	»
Rentes du prix Belhomme	300	»
Rentes du prix Moreau (de Tours)	100	»
Rentes du prix Christian.	302	»

Votre Commission vous demande d'approuver les comptes de l'année 1918 et d'adresser des remerciements à notre dévoué trésorier, le Dr Pactet.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et sont adoptées. Des remerciements sont adressés à M. Pactet.

Les petits états pychiatriques de guerre. Leur médecine légale,

par MM. CHAVIGNY, médecin principal de 2e classe et BROUSSEAU, médecin aide-major de 1re classe,
Centre de neuro-psychiatrie de....

Les cas typiques des grands syndromes mentaux ne donnent guère occasion à la moindre difficulté d'expertise, exception faite pour quelques incidents dus à la *précocité des réactions* dans le milieu militaire (1).

Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'expérience de plusieurs Centres de neuro-psychiatrie aux armées a montré l'existence d'un certain nombre de cas-limites, à symptomatologie floue, et ce sont ceux-là qui ont posé

(1) Chavigny, Précocité des « Réactions psychiatriques » dans le milieu militaire. Congrès des aliénistes de langue française. Nantes, 1909.

©BIUM

les problèmes médico-légaux les plus ardus. Il s'agissait, si l'on peut dire, de cas de consultation, non d'hospitalisation, encore moins d'asile. Dans la vie du temps de paix, ils auraient conduit bien des malades à prendre l'avis du spécialiste. En temps de guerre, de tels états se sont multipliés, atteignant toutes les classes sociales soumises aux mêmes causes d'épuisement, et trop souvent sans doute des sanctions disciplinaires ont été la seule tentative thérapeutique. Peu de médecins, en effet, se trouvaient avertis de la possibilité de ces petits états psychiatriques. La difficulté était grande, le syndrome étant presque uniquement subjectif, sans qu'aucun signe objectif connu vienne corroborer l'attitude et les dires du malade.

Nous avons eu l'occasion d'observer longuement un de ces cas dans des conditions indiscutables d'authenticité, chez un médecin. Un signe somatique assez peu décrit, qu'on néglige généralement de rechercher et d'interpréter, est venu donner, mais tardivement, la preuve formelle, *palpable*, de la réalité des accidents, et c'est à ce titre que cette observation nous paraît un document probant.

Voici le cas clinique qui a été édifié en partie avec l'auto-observation du malade.

X..., âgé actuellement de trente ans, est mobilisé au début de la guerre comme médecin auxiliaire. Ses antécédents n'offrent rien de particulier, sauf un léger état d'émotivité du jeune âge; d'ailleurs cette émotivité s'était très atténuée vers la puberté.

X... avait été blessé en février 1915 par un ricochet de balle à la tempe, sans lésion constatée de la table interne. Cette blessure n'avait déclanché aucune manifestation immédiate ou retardée d'ordre émotif. Reprise du service huit jours plus tard.

En avril 1917, pris dans la déflagration d'un 150 tombé à 4 mètres de lui en terrain plat, X... est couvert par la retombée des terres. Pas de perte de connaissance; seulement, il est dominé par un état d'obnubilation qui se dissipe après quarante-huit heures d'assoupissement. Deux jours plus tard, il était dans un abri léger lorsqu'un autre 150 éclate devant l'entrée, à 1 mètre 50 de lui; il est atteint par la projection des matériaux de l'abri; un morceau de balustrade le frappe à la région occi-

©BIUM

pito-pariétale droite. Perte de connaissance instantanée, d'une durée de quelques minutes seulement. Immédiatement après, X... peut suivre à pied l'évacuation qui était faite de ce cantonnement bombardé. Pendant les trois ou quatre jours suivants, il éprouve seulement un peu de céphalée et de fatigue générale. Il peut prendre part à l'attaque du 16 avril, avec les troupes d'assaut.

Une première manifestation pathologique qui surprend le sujet, c'est que vers le 25 avril, étant allé en permission, il éprouve un échec sexuel. Il ne s'en tourmente pas autrement, le mettant sur le compte de sa grande fatigue, et la fonction se rétablit bientôt normalement.

Revenu ensuite en secteur sur l'Aisne, X... sent se produire, à mesure que l'été s'avance, un état de fatigue plus particulièrement marqué le matin au lever; mais à aucun moment il n'y a eu de céphalée, bien que ce symptôme ait été décrit comme habituel dans les cas de cette sorte. Puis le sommeil se fait de plus en plus difficile avec susceptibilité très exagérée au moindre bruit. Par exemple, les rats, qui étaient, jusque-là, supportés avec une indifférence relative, deviennent un véritable tourment.

X... tire un tel bénéfice momentané de la douche froide qu'il ne peut plus s'en passer. Partout il traîne avec lui en secteur son installation hydrothérapique de fortune. L'état de dépression et de fatigue générale va en s'accentuant, et en janvier 1918 sans aucune fatigue préparatoire, sans motif apparent aucun, le malade s'évanouit un jour en pleine popote; il reste les huit jours suivants au lit avec insomnie complète; le moindre effort de marche était devenu absolument impossible.

Peu de jours après, X... partait en permission exceptionnelle pour aller passer des examens à la Faculté. Il fallut qu'on le transportât couché jusqu'au train. Chez lui, dans des conditions toutes spéciales d'isolement, de tranquillité absolue, il dort quinze heures par jour et parvient à passer ses examens.

Nommé en février 1918 à un poste d'arrière, il présente l'allure d'un perpétuel fatigué; il suit la visite, dans le service de l'hôpital, à condition de s'asseoir de lit en lit. En ville, il ne marche jamais; les insomnies se répètent, imputées tantôt au bruit d'un voisin, tantôt au passage du tramway, mais dues en réalité à une susceptibilité extrême, insolite, au moindre bruit. X... *réagit* à ces conditions pathologiques en changeant constamment de chambre, toujours à la recherche d'un endroit où il trouvera le sommeil.

Un état d'indifférence sexuelle est pour lui la règle avec un peu d'intolérance vésicale, caractérisée uniquement par de la pollakiurie diurne et impérieuse. Dans le courant de l'année 1918

©BIUM

les périodes normales alternent avec des états nettement déficients.

Pendant une série de jours, X... est dans un état brillant, il travaille avec entrain, court à bicyclette, est actif de toutes façons ; puis, brusquement, il retombe à un état de lassitude, de dépression absolue qui dure quelques semaines. Cet état alternant est profondément ressenti par X... qui n'en perçoit pas la cause, s'en inquiète un peu et s'en indigne beaucoup, craignant que son chef de service n'attribue à de la mauvaise volonté cette incapacité de tout travail suivi.

Nous examinons le malade au mois de décembre 1918, à la fin d'une crise « neurasthénique » qui a été jusqu'à l'évanouissement dans l'une des journées de début, et qui a obligé X... à se faire hospitaliser. Nous constatons alors que X... présente des sillons très nets sur les ongles des pouces et aussi sur l'index de la main droite (1).

Ces sillons unguéaux sont la signature d'un état de troubles nutritifs se développant parallèlement aux troubles neurasthéniques.

X... qui en est porteur et à qui nous en révélons l'existence se rappelle fort bien en avoir observé de pareils sur lui-même à partir d'un moment peu éloigné de la commotion subie. Il avait surtout alors été frappé de l'aspect étrange qu'avaient pris les ongles de ses gros orteils, creusés de sillons profonds, et s'était posé, en vrai étudiant en médecine, la question : « Onyxis, mais de quelle nature ? » Il n'avait osé conclure.

Tout s'expliquait alors : A la suite d'une commotion par explosion, X... avait présenté des troubles dépressifs alternants, avec troubles de la nutrition.

Bien que médecin lui-même, voilà un malade qui n'a fait le rattachement causal que bien tardivement, presque incidemment.

Des accidents de ce genre ont certainement été subis au cours de la campagne par bien d'autres malades que celui dont l'observation vient d'être donnée ici. On ne voit pas comment, dans la plupart des cas, ils n'auraient

(1) Rappelons que ces « sillons unguéaux » se présentent sous formes de dépressions curvilignes, sortes de marches d'escalier, parallèles au bord libre de l'ongle. On les voit à jour frisant, et on les constate encore bien plus aisément par la palpation. L'index du médecin gratte et suit le grand axe de l'ongle des pouces du malade. Aux gros orteils, le toucher est inutile, tant la vue renseigne en toute évidence.

©BIUM

pas été méconnus. Tant de malades expliquent si confusément leurs troubles, qu'un médecin non informé, à la veille d'une montée dans le secteur, par exemple, a dû songer à la simulation, ou tout au moins à l'exagération. Il importait donc que nous attirions à nouveau l'attention sur la recherche du sillon unguéal, signe objectif lié si souvent à l'évolution de ces états neurasthéniques. L'un de nous l'avait déjà fait valoir dans deux cas d'expertises de conseil de guerre (1).

Il suffira que la notion s'en répande pour que, dès le corps de troupe, on puisse apprécier plus justement de nombreux cas, parmi les petits états psychiatriques de guerre.

DISCUSSION

M. Raoul Leroy. — La recherche des sillons unguéaux est, en effet, d'un grand intérêt, et M. Chavigny insiste avec raison sur ce symptôme. Notre collègue, M. Papillon, a fait une thèse très intéressante sur les sillons des ongles chez les aliénés. Je les recherche toujours, et j'ai signalé leur grande fréquence chez les mélancoliques.

M. Pactet. — Ces cas sont très intéressants. Tous les médecins qui ont soigné, pendant la guerre, des malades atteints de troubles mentaux et ne présentant que des symptômes subjectifs, étaient très heureux d'observer ce signe objectif dans les cas où l'on pouvait suspecter la simulation. L'ongle est un excellent réactif. Il présente des troubles trophiques à l'occasion de troubles relativement légers de la nutrition.

M. Juquelier. — Dans l'intervalle des périodes de dépression, le malade de M. Chavigny présentait-il des symptômes de suractivité, d'excitation hypomaniaque?

M. Chavigny. — Non, le malade ne présentait que des périodes de dépression séparées par intervalles sains, sans périodes d'excitation.

Dans des cas de confusion mentale, j'ai trouvé égale-

(1) Chavigny, Expertise des formes discontinues d'aliénation mentale, *Bulletin de la société de médecine légale*, 1908. — Chavigny, Soderlindh et Warin, Expertise psychiatrique rétrospective, *Ibid*, 1918.

©BIUM

ment des sillons unguéaux très accentués. En médecine légale, ce signe peut rendre de grands services. Dans une contre-expertise concernant un mélancolique guéri, j'ai trouvé des sillons unguéaux très nets. L'observation et l'étude de l'accroissement de l'ongle me permit d'établir que ces sillons correspondaient exactement à la période de l'accès mélancolique. A l'appui de mes conclusions, j'envoyai un moulage des ongles. Cela me permit d'affirmer la réalité de troubles mentaux, guéris d'ailleurs, très bien exposés par le précédent expert.

Confusion mentale amnésique avec anxiété après bombardement; mort en ictus; sarcome du centre ovale. Présentation des pièces,

par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VICTOR BALLET.

A l'occasion de l'intéressante observation de H. Hoven relative à une tumeur du lobe frontal chez un ancien commotionné et communiquée à l'avant-dernière séance (1), nous avons l'honneur de présenter à la Société un cas où l'évolution d'une tumeur cérébrale était restée muette jusqu'à des accidents aigus survenus sur le champ de bataille.

Il s'agit d'un employé de commerce de quarante-huit ans, Gabriel Dug..., maréchal-des-logis au 9e d'artillerie, qui entra dans notre service du Centre des psychonévroses du G. M. P., le 13 juin 1918 (n° 3369), évacué au début du mois, au moment de l'offensive de l'Aisne, de l'ambulance de Sapicourt où il était hospitalisé depuis quelques jours. Il aurait eu une *grippe* au début de mai; il en fut soigné à l'infirmerie de son régiment; mais, comme il se remettait mal de cette grippe et présentait surtout des phénomènes d'asthénie persistants, il est évacué à l'ambulance de Sapicourt. Il y était déjà au début de l'offensive allemande au Chemin des Dames et il y subit de fréquents bombardements par avions. Il est probable qu'il fut commotionné, mais il ne peut l'affirmer. A partir d'un certain moment il ne sait plus ce qui lui est arrivé. Il se rappelle très bien avoir été à l'ambulance. Il a le souvenir précis des raids fréquents des

(1) Voir *Annales médico-psychol.*, n° de février 1919, p. 135.

avions allemands. Il se voit aidant le personnel médical à maintenir le calme parmi les malades. Il se rappelle que tout d'un coup l'ambulance fut évacuée, puis c'est une interruption complète de ses souvenirs.

A-t-il été commotionné? Il ne peut le dire. Où a-t-il été? Qu'est-il devenu? Il ne le sait. Que lui est-il arrivé?

Il n'en a aucun souvenir. Il s'est retrouvé au Val-de-Grâce sans qu'il ait pu rassembler ses souvenirs sur les jours qui ont précédé sa venue dans cet établissement.

Il ne fit du reste que passer au Val-de-Grâce et entra dans le service, le 13 juin, avec le diagnostic : « Syndrome d'hyper-« émotivité avec dépression, anxiété, dysmnésie, désarroi et « embrouillement mental ».

A son arrivée, il présente un facies légèrement préoccupé et un air quelque peu égaré. Cependant à part son amnésie il n'a guère de gros signe de confusion mentale. Il présente un léger degré de *désorientation* dans le temps, en ce sens que tout d'abord il ne peut se rendre compte si les événements auxquels il a assisté à l'ambulance de Sapicourt sont de date récente ou ancienne: cependant après un effort il croit pouvoir affirmer qu'ils ne remontent qu'à quelques jours.

Il donne très normalement les renseignements nécessaires jusqu'à l'époque sur laquelle ses souvenirs s'interrompent tout à coup. A partir de ce moment-là, amnésie complète.

Il se rend très bien compte que son état actuel diffère de celui qu'il présentait au début de son séjour à Sapicourt. A ce moment-là, il n'avait que la fatigue physique, tandis qu'actuellement il *se sent tout autre* sans qu'il puisse en trouver la raison.

C'est ainsi qu'il lui est impossible de se souvenir, de rassembler ses idées; il a une impression indéfinissable mais très pénible d'*anxiété*. Il s'émeut pour une cause futile, il a perdu son assurance et est devenu incapable d'un effort de volonté. Il *ne peut fixer son attention* et sa *mémoire* est mauvaise aussi bien dans la fixation que dans l'évocation.

A l'examen on ne trouve aucun signe physique dénotant une atteinte organique du système nerveux.

Le 17 *juin*, quatre jours après son entrée, Dug..., alors que jusqu'ici son état semblait s'améliorer, se plaint de *céphalée* généralisée, pénible, continuelle, qui trouble son sommeil, bon jusqu'alors.

Cette céphalée persiste les jours suivants. En même temps, le malade est abattu, mais sans désorientation.

Le 20 *juin*, le malade a passé une mauvaise nuit. Nous le trouvons au matin ayant uriné sous lui.

Il a un air égaré. Il ne comprend qu'imparfaitement les

©BIUM

questions qu'on lui adresse; cependant il sort la langue, ferme les yeux au commandement ; mais au commandement de « donnez-moi la main, serrez-moi la main », il ne fait pas l'acte demandé ; il tend la main d'une façon hésitante, ne sachant que faire. Il ne répond pas aux questions qu'on lui pose, ou plutôt il cherche à y répondre, mais semble ne pas trouver ses mots. « Je ne peux pas de sucrer », répond-il à toutes les questions, et il se met à pleurer.

Il serre mieux de la main gauche que de la main droite.

Les réflexes tendineux et périostés sont plus brusques et plus vifs à droite.

Inégalité pupillaire, la *pupille droite étant plus grande* que la gauche. Température, 37°4.

Quelques instants après le début de l'examen, il peut se lever, se mettre debout, et répondre nettement à notre question : « Ça va mal? » ; mais cette éclaircie ne dure pas, il retombe très vite dans son état premier d'obnubilation.

Le 21 *juin*, amélioration.

Le 22 *juin* et les jours suivants, très grande amélioration. Le malade se plaint encore d'une légère céphalée, mais son obnubilation et les phénomènes d'aphasie qu'il présentait ont complètement disparu..

Le 27 *juin*, réapparition de la céphalée, léger degré d'obtusion cérébrale avec lenteur et paresse des idées.

On fait une *ponction lombaire* qui dénote une hypertension très nette, mais donne un liquide céphalo-rachidien normal (leucocytes, 0,6 ; albumine, 0,30; réaction de Bordet-Wassermann négative). Dans la nuit, *crises épileptiformes*.

Le 28 *juin*, au matin, nous trouvons Dug... dans un état comateux avec respiration stertoreuse, la *tête déviée à gauche*. Pas de paralysie, mais légère contracture du bras droit.

Inégalité pupillaire, la pupille droite plus grande que la gauche. Température, 37°4.

Pouls mou, fuyant, sans irrégularité ni modification du rythme.

L'état est allé rapidement s'aggravant, sans que les signes physiques se modifient.

Mort le 28 juin à 19 h. 20.

Autopsie le 30 juin, sans formolage.

A l'ouverture de la calotte cranienne, la masse cérébrale apparaît en contact très intime avec la table interne, sans cependant formation d'adhérences.

Pas de congestion apparente.

A la base, quelques adhérences molles disséminées.

A la coupe, hémorragies dans la *calotte pédonculaire* gauche sous forme de piqueté ; sang dans l'aqueduc de Sylvius.

Corps calleux. — Sur la coupe du corps calleux, à la partie moyenne et à la partie antérieure, plaques de teinte lilas, sous forme de stries plus ou moins serrées, commençant toutes au bord-supérieur du corps calleux, ayant une direction verticale et se prolongeant plus ou moins, les plus longues décrivant une courbe à concavité antérieure.

Le groupe antérieur de ces stries a à peu près 1 centimètre de long. Il est suivi d'une région relativement normale longue de 5 centimètres, puis viennent, échelonnés d'avant en arrière, de petits foyers rappelant des piqûres de puces.

Hémisphère droit. — La coupe de Flechsig montre une pâleur générale, qui contraste avec l'aspect du corps calleux ; capsule interne normale ; pas de lésions macroscopiques du parenchyme hémisphérique ; quelques kystes dans les plexus choroïdes du ventricule latéral. L'hémisphère droit pèse 672 grammes.

Hémisphère gauche. — La coupe de Flechsig montre une grosse plaque rouge violacé à bords diffus dans le centre ovale en arrière des noyaux centraux. Cette région est hypertrophiée et au niveau de cette coloration vineuse nuancée de marbrures la surface de la coupe est moins régulièrement lisse et la consistance n'est pas celle du parenchyme cérébral.

Les coupes vertico-transversales montrent que la tumeur débute immédiatement en arrière de l'avant-mur, occupe une aire de 4 cent. 5 de haut sur 4 de large à la hauteur de la partie moyenne de la corne occipitale du ventricule latéral, et se réduit à une tache d'un centimètre de diamètre au niveau de la coupe passant par la pointe de la corne latérale. L'hémisphère gauche pèse 800 grammes, soit 128 grammes de plus que le droit.

Examen histologique. — Cinq fragments, inclus à la celloïdine, ont été colorés par les méthodes habituelles.

Centre ovale gauche. — Transformation sarcomateuse sans trace de parenchyme nerveux. Cellules fuso-cellulaires petites en traînées plus ou moins denses. Dilatations vasculaires énormes et vaisseaux néoformés caractéristiques des sarcomes. En certains points la congestion aboutit à de petites infiltrations hémorragiques. Dans une région, les éléments sarcomateux sont infiltrés de leucocytes polynucléaires à noyaux bien conservés.

Corps calleux et circonvolution gauche du corps calleux. — Le corps calleux présente une infiltration sarcomateuse diffuse. Il est congestionné, mais sans hémorragie dans le point étudié. Dans la région intermédiaire avec la substance blanche de la circonvolution du corps calleux trois vaisseaux présentent une infiltration de leurs gaines par de petits noyaux ronds très

©BIUM

chromatiques au Nissl et par conséquent différents des éléments sarcomateux.

La substance blanche de la circonvolution est normale; la substance grise présente de la chromatolyse diffuse de ses cellules pyramidales sans altération nucléaire marquée.

Couche optique gauche. — Il y existe une forte congestion allant par endroits jusqu'à des hémorragies des gaines de His.

L'extrémité postérieure de la couche optique est envahie par la tumeur. A ce niveau les cellules nerveuses présentent toutes les transitions de la chromatolyse à l'achromatose totale. Les figures de neuronophagie sont relativement peu nombreuses.

Dans le reste de la couche optique, les cellules nerveuses ont un certain degré de chromatolyse plus ou moins diffuse, mais sans achromatose ni neuronophagie.

Région pédonculo-protubérantielle. — Les quatre foyers hémorragiques observés à l'œil nu ont dilacéré le tissu nerveux sans déterminer de réaction inflammatoire. Ils ont donc été terminaux. Chacun d'eux est plus ou moins centré par un vaisseau. Il s'agit de rupture vasculaire vraisemblablement par hypertension.

Ainsi, sans l'autopsie, un syndrome neuro-psychique fait d'obnubilation anxieuse amnésique avec épilepsie et hémiparésie droite pouvait être étiqueté : épilepsie post-commotionnelle contractée sur le champ de bataille.

L'observation complète a montré qu'il s'agissait de sarcome du centre ovale gauche totalement étranger à la guerre.

Il en est de même dans de nombreux cas où un traumatisme antérieur n'a été pour rien dans les symptômes consécutifs déterminés par une tumeur. Récemment Roussy et Cornil (1) ont rapporté un cas de ce genre. Mais, pourrait-on se demander, la guerre a-t-elle modifié par émotions ou commotions l'évolution de ce sarcome? Il est possible, car les ébranlements du front ont pu rendre le cerveau plus sensible à l'action morbide du sarcome. Mais, d'autre part, l'extension centrifuge de la tumeur vers le cortex suffit à elle seule à expliquer les accidents terminaux. Et ce qu'on doit le plus admirer, c'est la longue latence, malgré une vie heurtée, d'un pareil néoplasme.

(1) Société de Neurologie, 1918.

DISCUSSION

M. BONHOMME. — Avec M. Pactet, nous avons observé, à Maison-Blanche, un cas analogue. Un militaire, envoyé dans le service avec le diagnostic de confusion mentale aiguë, mourut subitement. A l'autopsie, on trouva un gros gliome, préexistant évidemment à la guerre. Ces tumeurs sont très longtemps bien tolérées.

M. COLIN. — J'ai observé un cas analogue dans mon service, il y a environ six semaines. Il s'agissait d'un militaire qui présentait un état d'excitation avec des préoccupations hypocondriaques. Le malade se plaignait uniquement de souffrir de la gorge. La mort survint au cours d'attaques épileptiques. A l'autopsie, on trouva une légère hémorragie bulbaire et une énorme tumeur du lobe frontal. Dans des cas de ce genre, il n'y a évidemment aucune relation entre le service militaire et la lésion.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ces cas sont donc assez fréquents, et il est très intéressant de les rapporter.

La séance est levée à 5 heures.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIE

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

L'expertise mentale militaire, par les Drs A. Porot et A. Hesnard. 1 vol. in-8°. Paris, Masson et Cie, 1918.

Les Médecins aliénistes, mobilisés soit dans les centres de psychiatrie, soit dans les formations de marche, n'ont peut-être jamais été appelés, en temps de paix, à faire autant d'expertises médico-légales que durant ces quatre années de guerre. La meilleure preuve en est les nombreux mémoires et rapports médico-légaux publiés par eux dans les revues et journaux spéciaux et dans lesquels les cas les plus divers sont étudiés avec soin. Mais un travail d'ensemble semblait nécessaire, coordonnant les faits, indiquant les cas où peut être fait appel à l'expertise mentale, montrant enfin que cette expertise, pratiquée dans le milieu militaire, présente des difficultés spéciales importantes à faire connaître. Cette tâche délicate, nos confrères, les Drs A. Porot et A. Hesnard, l'ont entreprise et menée à bonne fin, dans le volume dont il importe de donner une rapide analyse, en le recommandant d'une façon spéciale à l'attention des lecteurs des *Annales*.

Les Drs A. Porot et A. Hesnard, attachés au Centre psychiatrique d'Alger, ont tiré leur documentation de cette région de l'Afrique du Nord, véritable carrefour où se rencontrent des éléments de races et de conditions différentes. Leur champ d'observation, comme ils le remarquent avec raison, « s'est étendu des êtres les plus frustes et les plus près de la nature, comme les indigènes, jusqu'aux produits les plus tarés de la civilisation, rejetés de la métropole sur ces formations disciplinaires et ces établissements de détention, qui constituent, outre-mer, une riche clinique pénitentiaire ». Outre ces cas extrêmes, les auteurs ont eu à étudier « tout le reflux des malades de la métropole, des évacués d'Orient et à fournir des documents pour tous les Centres de réforme de l'Afrique du Nord ». C'est là un vaste champ d'observation et des plus variés, qui permet

©BIUM

d'intéressantes comparaisons. Les auteurs en ont tiré un utile profit, ainsi qu'une rapide analyse de leur ouvrage permettra de le constater.

Après quelques considérations générales sur l'expertise mentale militaire, les Drs A. Porot et A. Hesnard passent en revue toutes les circonstances de la vie militaire qui peuvent la rendre nécessaire. Et d'abord, elle peut être demandée, soit au moment même de l'incorporation pour juger de l'*aptitude au service* de sujets que leurs antécédents (anomalies mentales, états psychopathiques antérieurs) ou leur attitude rendent suspects; ou bien au cours du service, quand l'attention est attirée par des anomalies de l'intelligence ou du caractère. C'est là l'objet du chapitre premier. Les auteurs y passent en revue toutes les formes mentales morbides, car toutes, ou presque toutes, s'observent. On voit arriver à l'armée des déséquilibrés et des neurasthéniques, des épileptiques et des hystériques, des intermittents et des délirants chroniques, des alcooliques et d'autres intoxiqués. Tous, peu de temps après leur arrivée au corps, finissent par être soumis à l'examen de l'aliéniste.

L'expertise mentale s'impose encore — et c'est l'objet du deuxième chapitre — lorsqu'il s'agit de rechercher l'origine et d'indiquer le pronostic des *désordres mentaux imputables à la guerre*. Dans ce cas, il s'agit pour le médecin aliéniste de fournir aux experts des Commissions de réforme les éléments d'estimation nécessaires pour déterminer la part respective des facteurs *prédisposition* et *occasion*, la réduction de capacité du sujet et, comme corollaire, la nature de la réforme et le taux des gratifications à allouer. La tâche, comme on voit, est des plus délicates; car, en règle générale, les questions d'étiologie et de pronostic sont difficiles à résoudre et sujettes à controverses. Le médecin aliéniste ne devra donc rédiger son rapport que muni de tous les documents nécessaires pour l'éclairer, examiner le malade avec soin et se défier surtout de la dissimulation. En effet, comme le font remarquer les auteurs, on ne se trouve que trop souvent en présence d'hommes qui s'appliquent à induire les médecins en erreur, dans un but intéressé, en alléguant des troubles mentaux qui seraient dus à une « commotion ». Il en est qui ne sont que de francs simulateurs, des exploiteurs qui ne méritent que les suites judiciaires de leur malhonnêteté. Comme exemple, les Drs A. Porot et A. Hesnard citent le cas d'un caporal de tirailleurs, sujet taré, cachant

©BIUM

avec soin son passé, et qui simulait une amnésie, soi-disant imputée à une commotion nerveuse dont l'origine ne put jamais être établie. Ce simulateur fut démasqué, et il ne fut question pour lui ni de réforme pas plus que de gratification.

Le chapitre troisième est consacré à l'*expertise judiciaire* et à la *délinquance militaire*. Cette délinquance va depuis les fautes légères contre la discipline jusqu'aux contraventions, délits et crimes dont les éléments constitutifs sont définis par le Code de justice militaire. Inutile de dire que l'expertise mentale militaire est fréquemment sollicitée pour éclairer l'instruction ou les juges du conseil de guerre sur le caractère pathologique possible de certains délits et la question de responsabilité de l'inculpé.

Cette partie de la tâche de nos collègues aliénistes a été la plus fréquente et la plus ardue; car il faut bien avouer que dans une armée de plusieurs millions d'hommes les éléments indisciplinés sont nombreux, aussi bien que les délinquants de toute catégorie. Les Drs A. Porot et A. Hesnard les passent successivement en revue et en donnent des exemples du plus vif intérêt. Les rapports médico-légaux dont ils illustrent leur ouvrage nous montrent avec quel soin scrupuleux ils s'entouraient de tous les renseignements nécessaires, et examinaient au point de vue clinique les militaires sur l'état mental desquels ils avaient à statuer.

Le dernier chapitre du volume étudie la simulation mentale. Cette simulation, d'après nos auteurs, est une extrême exception dans les unités ordinaires de l'armée; la guerre ne l'y a pas accrue. Quoi qu'il en soit, il importe de savoir la dépister. Aussi les Drs A. Porot et A. Hesnard l'étudient-ils en quelques pages qui méritent d'être méditées. Après avoir recherché comment il faut concevoir la simulation mentale, ils exposent les diverses manières dont se manifeste et se reconnaît cette simulation, et ces manières étant connues, il est plus aisé d'agir pour arriver à confondre le simulateur. Toutefois, qu'on ne s'y trompe pas, il y a des simulateurs habiles et tenaces, et la patience du médecin est parfois soumise à une pénible épreuve; mais son savoir et sa ténacité finissent par les faire capituler et se rendre à merci.

Le livre des Drs A. Porot et A. Hesnard est d'une lecture attachante, autant par la clarté d'exposition que par les documents médico-légaux qu'il contient. Il occupera une place distinguée parmi les nombreux ouvrages qui ont été déjà ou seront

©BIUM

publiés sur la médecine mentale pendant cette horrible guerre de plus de quatre ans.

ANT. RITTI.

The twenty fifth annual report of the Sheppard and Enoch Pratt Hospital for mental and nervous diseases, 1917 (Vingt-cinquième rapport annuel de l'Hôpital Sheppard et Enoch Pratt, pour les maladies nerveuses et mentales, 1917). Broch. in-8° avec planches. Baltimore, 1917.

Cet hôpital, situé dans l'État de Maryland, non loin de Baltimore, a été fondé par Moïse Sheppard, et Enoch Pratt en fut le bienfaiteur : de là le double nom qui lui a été donné en l'honneur des deux hommes à qui il doit d'avoir pu naître et se développer. Le but du fondateur avait été de créer une institution où pourraient être appliquées et perfectionnées les meilleures méthodes du traitement des aliénés. Baptisé tout d'abord *asile*, selon l'expression alors en usage dans tous les pays pour désigner les établissements consacrés aux aliénés, il reçut plus tard le nom d'*hôpital*, lorsqu'on eut compris la nécessité d'avoir des établissements remplissant, vis-à-vis de la médecine psychiatrique, le rôle que remplissent les hôpitaux à l'égard de la médecine interne et de la chirurgie.

C'est pour célébrer le vingt-cinquième anniversaire de la réception du premier malade admis dans l'institution qu'a été imprimé le luxueux rapport que nous analysons. Outre les portraits de ses deux créateurs, on y trouve une grande abondance de plans et de phototypies reproduisant les aspects les plus pittoresques de l'établissement ainsi que ses principales installations intérieures : bains, hydrothérapie, cuisines, ateliers, jardin d'hiver, etc.

Cet hôpital est une sorte de pensionnat, mais où sont admis un certain nombre de malades reconnus curables, soit à prix réduits, soit à titre entièrement gratuit. Telle a été la volonté du fondateur : aucun malade susceptible de guérir ne doit être éconduit pour insuffisance de moyens pécuniaires. Admirons cette intelligente et noble philanthropie, dont il n'existe chez nous, que je sache, aucun exemple.

En 1916, la population moyenne a été de 126 pour les deux sexes. Il y a eu 200 admissions, ce qui indique un mouvement considérable de malades. Les sorties sont ainsi réparties :

©BIUM

44 guérisons, 39 grandes améliorations; 44 améliorations sans épithète. Il y a eu 9 décès. La statistique qui figure au rapport pour l'année 1917, qui nous a été aussi communiqué, n'est pas sensiblement différente.

Depuis l'ouverture de l'hôpital, il y a eu 3.270 admissions, mais ne portant que sur 2.890 personnes, car, dans le nombre, 212 ont été admises deux fois, 36 trois fois, 15 quatre fois, 6 cinq fois, 3 six fois et 2 sept fois.

L'administration de l'hôpital ne se désintéresse pas de ses malades après leur sortie : « Chaque année, à Noël, écrit le directeur, nous avons envoyé à ceux de nos malades sortis dont nous avions l'adresse une carte de souhaits avec demande de nouvelles. Les réponses que nous avons reçues ont ajouté pour nous leur part de joie à celle qu'apporte le retour de cette époque de l'année et nous ont prouvé que nous avions, dans une mesure réelle, exaucé les vœux du fondateur de cet hôpital. »

Une école de *nurses* est adjointe à l'établissement. Elle comporte trois ans d'études avec un stage de dix-huit mois pour les maladies mentales et un d'égale durée, dans un hôpital de la région, pour la médecine générale.

A. Cullerre.

I. — *Aphasic performance in the Terman vocabulary test* (Du vocabulaire-test de Terman dans un cas d'aphasie), par J. L. Wells, Mc Lean Hospital, Waverley, Mass. Extrait du « *Journal of educational psychology* », octobre 1917. Brochure in-8° de 4 pages.

II. *Alternative methods for mental examiners* (Méthodes variées à l'usage des observateurs au point de vue mental), par le même. Extrait du « *Journal of applied psychology* », juin 1917. Brochure in-8° de 10 pages.

Le premier de ces articles de psycho-physique concerne la relation d'expériences faites sur un aphasique à l'aide d'une méthode spéciale, celle du Vocabulary-test, de Terman, modifié selon certaines indications.

Le second préconise l'emploi, pour l'examen psychologique, de méthodes dont l'exposition n'est pas susceptible d'analyse.

A. Cullerre.

©BIUM

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Carl S. Vrooman. Address Before the American Medico-Psychological Association, June 1, 1917. 11 pages in-8°, Sheppard Hospital Press, 1917.

J. Rogues de Fursac. Manuel de Psychiatrie. Cinquième édition, revue et augmentée. 1 vol. in-16 de 509 pages, de la *Collection médicale*. Paris, Félix Alcan, 1917.

Louis Hüot et Paul Voivenel. Le courage. Préface de M. Eugène Etienne, ancien ministre de la Guerre. 1 vol. in-16. Paris, Félix Alcan, 1917.

Roger Mignot. L'évolution de la paralysie générale chez les officiers combattants. 8 pages in-8°. Extrait de la *Presse médicale*, numéro du 23 août 1917.

Jean Lépine. Troubles mentaux de guerre. 1 vol. in-8° de 200 pages, de la *Collection Horizon*. Paris, Masson et Cie, 1917.

Andrea Cristiani. Reparto psichiatrico militare di osservazione del manicomio provinciale di Lucca. Note pratiche. 8 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroterapia*, 1917, fasc. IX.

C. Rougé et Piquemal-Lévêque. Rapport médical de l'asile d'aliénés de Limoux. Année 1916. 27 pages in-8°. Limoux, Talamas, 1917.

Dubuisson. Rapport médico-administratif, pour l'année 1916, de l'asile de Braqueville, Toulouse. 35 pages in-8° avec tableaux hors texte. Toulouse, imprimerie Douladenne, 1917.

R. Benon. Manie et idiotie. 5 pages in-8° avec 2 figures. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, juillet-août 1913.

— De la démence traumatique. 24 pages in-8°. Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre 1913.

— Le choc traumatique ou asthénie traumatique. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, juillet 1914.

— Les maladies mentales et nerveuses et la guerre. 6 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, février 1916.

— Délire de revendication et crises d'hystérie. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, mai-juin 1916.

— L'aliénation mentale n'est pas de la médecine. La loi sur les aliénés. 14 pages in-8°. Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, octobre 1916.

— La guerre et les pensions pour maladies mentales et nerveuses. 4 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, novembre-décembre 1916.

©BIUM

R. Benon. L'éructation périodique ou aérophagie périodique. *Paris médical*, juin 1917.

— Les maladies mentales et nerveuses et la pratique des réformes n° 1. 4 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, juin 1917.

R. Benon et F. Denès. Épilepsie infantile et asthénomanie. *Gazette des Hôpitaux*, 29 janvier 1914.

A. Benon et M. Leinberger. L'asthénie chronique traumatique. *Gazette des Hôpitaux*, 2 avril 1914.

— Asthénie traumatique et dysthénie périodique. 6 pages in-8°. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, septembre à décembre 1914-1915.

— L'asthénie dans la « Nosologie méthodique » de Sauvages. 4 pages in-8°. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, mai-juin 1917.

G. Antonini. La genesi storica del valore italiano. 24 pages in-8°. Varallo, tip. G. Zanfa, 1917.

— In alto in cuori! 4 pages in-8°. Milano, Mombello, 1917.

Frederick Lyman Wells. Mental adaptation. 21 pages in-8°. Extrait de *Mental Hygiene*, janvier 1917.

— Alternative methods for mental examiners. 10 pages in-8°. Extrait de *The Journal of applied Psychology*, juin 1917.

— The mechanism of paranoia. 12 pages in-8°. Extrait du *Journal of nervous and mental Diseases*, avril 1917.

— Aphasic performance in the Terman vocabulary test. 5 pages in-8°. Extrait du *Journal of educational Psychology*, octobre 1917.

G.-L. Ladame. Rapport sur l'organisation des centres neuro-psychiatriques dans l'armée française. 6 pages in-8°. Extrait des *Archives suisses de Neurologie et de Psychiatrie*. II^e^ vol., fasc. 1^er^.

August Wimmer. Fransk Krigspsykiatri. Oversigts artikel. 8 pages in-8°. Extrait de Saertryk of Hospitalstidende, 1918, n° 1.

©BIUM

VARIÉTÉS

Les médecins aliénistes et la guerre.

Les médecins adjoints admis au concours de 1914, *mobilisés, promus à la* 1re *classe de leur grade.* — En vertu d'un décret présidentiel, en date du 4 janvier 1919, l'article 15 du décret du 2 février 1910, relatif à l'avancement de classe des médecins adjoints des asiles d'aliénés, reçoit l'adjonction suivante :

« Les médecins admis en 1914 au concours d'adjuvat et qui ont été mobilisés avant de pouvoir être installés dans leurs fonctions, prendront rang, le jour de leur installation, dans la 1re classe de leur grade. »

Citations. — Aux nombreuses citations obtenues par notre collaborateur le Dr Frantz Adam, nous sommes heureux d'ajouter celle du 14 août 1918.

« Est cité à l'ordre du 23e régiment d'infanterie, le Service de Santé du régiment dirigé par le médecin-major Adam qui, pendant toute la période offensive du 18 juillet au 5 août, a fonctionné à la plus grande satisfaction de tous, médecins, infirmiers, brancardiers et musiciens rivalisant de zèle pour soigner et évacuer les blessés le plus vite possible. Entre Ancienville et Chouy notamment, dans la nuit du 18 au 19 juillet, ont assuré la relève des blessés bien en avant des lignes ; le 23 et le 25, à Oulchy-le-Château, ont fonctionné dans des circonstances difficiles, perdant plusieurs des leurs, notamment toute l'équipe de la 1re compagnie qui cherchait à ramener un blessé malgré le tir de barrage. »

Enfin, à cette belle citation, il faut joindre le certificat en date du 7 janvier 1919, donné par le commandant de régiment auquel notre valeureux confrère était attaché.

« Le lieutenant-colonel Ochmichen, commandant le 23e régiment d'infanterie, certifie que le médecin-major Frantz Adam a pris part aux six affaires qui ont valu la fourragère à la couleur de la Légion d'Honneur au régiment, et qu'il a droit au port de la fourragère rouge avec l'écusson 23 quoique n'appartenant plus au corps. »

Nous reproduisons avec plaisir les deux citations suivantes, obtenues par le fils de notre collègue, le Dr Santevoise, médecin en chef de l'asile de Saint-Ylie (Jura).

©BIUM

1° *Citation à l'ordre de la brigade*, du 29 juin 1918. Le médecin auxiliaire SANTENOISE (Daniel), du 108e régiment d'infanterie. « Jeune médecin auxiliaire d'une bravoure exemplaire. Avec un dévouement digne d'éloges, a prodigué ses soins à de nombreux blessés et s'est dépensé avec une activité infatigable pour en assurer la rapide évacuation. »

2° *Citation à l'ordre du corps d'armée*, du 20 octobre 1918. Le médecin auxiliaire SANTENOISE (Daniel), du 108e régiment d'infanterie. « Médecin auxiliaire ayant une haute conception de ses devoirs professionnels. Jeune, énergique, a eu, au cours de l'opération offensive du 11 octobre 1918, une attitude digne de tous éloges en assurant l'évacuation de tous les blessés et l'enlèvement de nos morts. »

M. Daniel SANTENOISE a été deux fois blessé.

NÉCROLOGIE

Dr H. MABILLE. — Le Dr Henry Mabille est mort en octobre dernier au poste même qu'il occupait depuis 1881, à l'asile de la Rochelle. Nulle carrière ne fut mieux remplie que la sienne, ni plus honnêtement, nulle ne donne davantage l'impression du devoir accompli sans tapage dans la sécurité de la famille et de la ville élue. Un médecin consciencieux et probe a disparu.

Les premières fois qu'on le voyait, la froide sévérité de son attitude troublait. Sous cette réserve qu'y avait-il? Un peu de timidité, peut-être, plutôt une certaine méfiance des paroles et la crainte de se livrer prématurément. Plus tard, celui dont la chance avait conquis son amitié découvrait son vrai caractère tout imprégné de bonté et son désir de l'action utile qu'il réalisa dans l'exercice de sa profession ou en dehors d'elle.

Ces qualités qu'il s'efforçait, semble-t-il, de dissimuler ne restèrent pourtant pas ignorées. De 1893 à 1905, il demeura le premier adjoint au maire de La Rochelle à une époque où la prospérité de la ville obligeait à de vastes travaux. Sa collaboration efficace, surtout dans les questions d'hygiène, lui valut des marques d'estime qu'il était fier de rappeler. La Rochelle lui garda jusqu'à sa mort la confiance qu'elle avait mise en lui. S'il est vrai que la foule versatile et diverse connaît mal ses vrais serviteurs, l'exemple de la longue et heureuse fortune municipale de M. Mabille prouve qu'à l'occasion le mérite est susceptible de s'imposer d'une manière durable.

Mais le meilleur de son activité M. Mabille le donnait à sa profession. Il l'aimait au point de ne pas croire qu'il eût été capable de lui en préférer une autre. L'étude de ses malades,

©BIUM

la direction de son asile, la lecture des revues psychiatriques composaient ses occupations favorites. Il avait débuté dans la médecine mentale sous la conduite de Christian, à Nancy. Reçu docteur en 1877, sa thèse sur l'hématome de l'oreille, résumant et interprétant des phénomènes mal connus jusqu'alors, lui fit accorder par la Société médico-psychologique le prix Esquirol. Parmi ses travaux ultérieurs citons : une étude sur la lypémanie qui obtint le prix des *Annales médico-psychologiques*; puis, en collaboration avec Lallemant, un mémoire sur « les folies diathésiques », un autre sur « la folie des vieillards » où ne manquent ni la documentation ni le sens clinique, pas même, si l'on peut dire, une consécration officielle, puisque l'Académie de Médecine récompensa le premier mémoire et la Société médico-psychologique le second. Nous ne signalons que les principaux ouvrages. M. Mabille ne publiait qu'avec prudence, en homme qui sait le juste prix de ces nouveautés qu'on exhume au jour le jour d'un vieux dictionnaire. Son érudition lui refusait la joie des découvertes illusoires. Du moins se plaisait-il à grouper les faits positivement établis, à analyser d'une curiosité toujours en éveil les syndromes que sa visite quotidienne lui présentait, à connaître ses malades, à soulager leur détresse.

Lorsqu'il arriva à l'asile de Lafond, après une courte période d'adjuvat à Blois, à Ville-Evrard et à Vaucluse, il ne trouva dans une plaine nue qu'une antique masure d'où suintait la tristesse. Et ce Lorrain planta des arbres. Il fit bâtir ensuite. Qu'il ait donné à ses malades plus d'air et de lumière dans une maison plus décente, qu'il ait offert à leur infortune l'apaisement de ces grands jardins où l'ombre est douce, double charité, elle suffirait à montrer qu'il n'a pas vécu en vain.

Il est mort au milieu des choses qu'il avait créées. Ses dernières années, qu'il espérait paisibles, furent consacrées au chagrin, car, s'il enfermait sa douleur en lui-même, il ne se consolait point de la perte de son fils aîné tué à la guerre. Il laisse à sa famille, à ses amis le souvenir d'un homme juste et bienfaisant. Nous lui adressons un suprême adieu.

C. Perrens.

Le professeur E. Régis.

On répète souvent que l'appréciation de la vie et de l'œuvre d'un compatriote par les étrangers peut, en quelque sorte, être considérée comme le jugement de la postérité. C'est à ce titre qu'il nous paraît intéressant de reproduire l'article sur notre regretté ami, le professeur E. Régis, publié par *The American*

©BIUM

Journal of insanity (numéro d'octobre 1918), que notre excellent et dévoué collaborateur, le Dr V. Parant, a bien voulu traduire pour les *Annales*. On y verra que si nous avons, en France, ressenti vivement la perte que nous avons faite par la mort prématurée du professeur de la Clinique des maladies mentales de la Faculté de Bordeaux, notre deuil a trouvé un écho au delà des mers, aux Etats-Unis, où notre savant collègue avait de nombreux et sympathiques admirateurs.

« Les amis du Dr Emmanuel Régis ont tous su que la mort de son fils, l'aviateur, tombé au champ d'honneur, en octobre 1917, avait déchiré le cœur d'un père déjà très affecté par les angoisses et les fatigues de la guerre. Le grand clinicien aliéniste ne se releva pas du choc qu'il avait ainsi éprouvé et lui-même accomplit le suprême sacrifice, à la fin de juin dernier. Cette mort, il n'y a aucune exagération à le dire, nous a enlevé le plus brillant aliéniste de la France et l'un de ses plus nobles fils. Pendant de nombreuses années, Bordeaux, grâce à Régis, a été le foyer d'où s'est irradié tout ce qu'il y avait de plus caractéristique et de meilleur dans la médecine mentale française.

« Les jalons de sa vie peuvent se résumer comme suit. Il est né à Auterive (Haute-Garonne) le 29 avril 1855, fils du Dr Louis Régis, il fut bachelier à l'âge de seize ans. Sous l'inspiration de son cousin, le Dr Linas, inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine, il ne tarda pas, alors même qu'il n'était encore qu'étudiant, à se consacrer à la médecine mentale, et vit s'ouvrir devant lui les portes des asiles de Ville-Evrard et de Sainte-Anne. A l'âge de vingt-trois ans il obtint le prix Esquirol pour un mémoire sur « la dynamie ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale progressive ».

« Sa thèse de doctorat, en 1880, sur la folie à deux ou folie simultanée, lui valut le prix Baillarger. L'année suivante, âgé de vingt-six ans, il devint chef de clinique mentale à la Faculté de Médecine de Paris et médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne. En 1883, il s'attacha comme médecin traitant à la maison de santé du Castel d'Andorte, à Bordeaux, et c'est en 1884 qu'il commença un cours sur les maladies mentales. En 1905, il fut nommé professeur adjoint, et en 1913, professeur titulaire.

« On ne saurait estimer assez hautement la contribution du Dr Régis à la psychiatrie française. Il y fut un pionnier en déterminant les relations de cause à effet entre la confusion mentale et l'auto-intoxication, et fit de cette découverte la base d'une pathologie et d'une thérapeutique nouvelles. Il projeta une nouvelle et grande lumière sur les obsessions et les idées fixes. Il professa avec énergie, tant sa conviction y était grande,

©BIUM

l'origine spécifique de la paralysie générale, alors que cette notion était encore nouvelle et peu répandue. Il modifia sur bien des points les conceptions des maladies mentales dont il élucida l'étiologie ; comme clinicien il fut toujours plein de confiance dans les résultats de sa pratique et insista sur ce fait que les maladies de l'esprit, au lieu d'être invariablement la conséquence fatale d'un atavisme tyrannique, peuvent, tout comme d'autres phénomènes morbides, résulter de causes accidentelles, notamment de l'intoxication et de l'infection. Son grand Précis, traduit en plusieurs langues, notamment aux Etats-Unis en langue anglaise par le Dr Bannister, de Chicago, et qui a eu plusieurs éditions, a donné corps à toutes ses soigneuses études et a pu à juste titre être appelé le « Bréviaire des médecins de France ». Sur la psychiatrie française et même sur celle de tout l'univers, Régis a laissé la marque indélébile de son génie et de son travail. Il était Français de toute son âme ; c'était naturellement lui, peut-être plus que d'autres aliénistes français, qui devait mettre en défiance contre les conceptions de pathologie mentale nées de l'autre côté du Rhin. Il ne pouvait souffrir que l'obscurité germanique se camouflât sous les apparences de la profondeur. Il s'indignait contre les lieux communs et les prétentions d'un formalisme étroit et pédant ; et se tenant toujours avec soin sur ses gardes, il réclamait toujours plus qu'un brevet d'origine teuton pour leur donner accès dans l'enceinte sacrée dont il fut toujours le vaillant défenseur.

« Régis ne se bornait pas à être un homme de science ; il était aussi très ami des belles lettres. Sophocle et Euripide étaient sa récréation favorite. Comme orateur, il était toujours éloquent et tout le monde connaît la lucidité et le charme de ses écrits. Il n'est pas étonnant que tout Bordeaux l'ait accompagné à sa dernière demeure, car il avait ce qui est le mieux fait pour gagner les cœurs des hommes, il était profondément humain et avait le cœur chaleureux. Alors que son pays était opprimé par l'ennemi, il se leva aussitôt pour le défendre, et organisa un Centre psychiatrique, nécessité qu'il avait d'ailleurs prévue et sur laquelle en temps de paix il avait déjà appelé l'attention.

Victor Giraud a résumé en de belles paroles ce qu'est la civilisation française : « La France, a-t-il dit, est liberté, grâce aimable, sens de la mesure, courtoisie, discrétion, finesse ; elle est indulgence, pitié, charité ; elle est humanité en un mot. Si elle venait à disparaître du nombre des nations, la vie humaine perdrait une partie de sa noblesse et de sa beauté. » Régis, dans sa vie, dans ses œuvres, dans son caractère, a donné corps à toutes ces qualités de la grande race des hommes civilisés. La France n'est donc pas seule à déplorer la mort du maître, car

©BIUM

son influence sur la psychiatrie, et les progrès qu'il a fait faire à la science et à l'humanité sont aussi étendus que le monde lui-même. »

ALDER BLUMER.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Un médecin aliéniste américain tué par un médecin aliéniste japonais atteint lui-même d'aliénation mentale. — Ce douloureux événement s'est produit récemment aux Etats-Unis d'Amérique. Le Dr George B. Wolff, l'un des médecins adjoints à l'asile d'aliénés de Sheppard, a été victime de l'attentat commis contre lui par le Dr Norborn Ishida. Celui-ci, professeur de maladies mentales au collège médical de Nagasaki (Japon), était allé aux Etats-Unis, chargé d'une mission spéciale pour y étudier l'organisation des études de psychiatrie et des établissements d'aliénés. C'est en cette qualité qu'il avait été admis à l'asile de Sheppard.

Un jour il pénétra chez le Dr Wolff, lui tira à bout portant deux coups de revolver dont l'un, dans l'abdomen, détermina une mort rapide. Après son attentat, il ne manifesta aucune émotion.

Dans les paroles qu'il prononça alors, il indiqua qu'il avait à se plaindre de ce que le Dr Wolff tentait de l'hypnotiser, le traitait d'espion et cherchait à faire naître contre lui la supposition d'espionnage. Des constatations les plus certaines, il résulte que ces plaintes étaient sans fondement et que l'acte du Dr Ishida est purement celui d'un aliéné halluciné atteint de délire de persécution.

L'attentat était prémédité depuis plusieurs jours et a été accompli avec l'absence d'émotion que les aliénés persécutés témoignent en pareil cas. Autour du Dr Wolff, tout le monde s'accorde à témoigner de sa parfaite courtoisie à l'égard de son collègue.

Le Dr Ishida avait de la notoriété dans sa spécialité; il a publié divers travaux et est l'auteur d'un manuel des maladies mentales très en honneur dans les établissements du Japon. Il connaissait les aliénés, mais malheureusement ne se connaissait pas lui-même.

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

Pathologie

INTRODUCTION

A

UN ESSAI DE CLASSEMENT

SYNDROMIQUE ET ÉTIOLOGIQUE [1]

Par le Dr R. TRUELLE

Médecin-chef des asiles de la Seine.

« Nier la nécessité des classifications dans les sciences, ce serait nier les conditions mêmes de l'esprit humain », disait J. Falret dans un discours prononcé en 1860 à

(1) Ce travail avait été déposé aux *Annales médico-psychologiques* en juillet 1914. Les événements qui sont survenus bientôt après n'en ont pas permis alors la publication.

Il complète et développe certains points d'une communication faite sur le même sujet à la séance de juillet, en collaboration avec MM. Briand et Vigouroux (V. *Annales médico-psychologiques* juillet-août 1915). Essai de classification syndromique et étiologique, par MM. Briand, Vigouroux et Truelle.

©BIUM

la Société médico-psychologique. Si donc des critiques vont être ici formulées sur les classifications en pathologie mentale, ce n'est point leur nécessité elle-même qui sera mise en cause, mais seulement l'objet auquel elles sont appliquées, ou plus exactement la compréhension que l'on a généralement de cet objet.

Évidemment, en psychiatrie comme ailleurs, il est indispensable de sérier d'abord les phénomènes observés pour en permettre une étude méthodique ; et il est non moins évident que, comme toute science, la pathologie mentale ne saurait être parfaite sans une classification finale qui résume en lois solidement établies les rapports qui, à la fois, unissent et séparent les différents processus morbides qu'elle englobe.

De ceci tout le monde est d'accord.

Mais chacun aussi doit convenir que nulle classification actuelle ne saurait être considérée comme le couronnement dernier de l'édifice achevé de la science psychiatrique. L'œuvre du temps a suffisamment démontré que même les plus schématiques se sont vues obligées, tôt ou tard, de rompre leurs cadres pour faire place à de nouvelles formes maladives jusqu'alors imparfaitement étudiées, ou pour permettre le fusionnement d'états reconnus de même famille, à la lueur des découvertes plus récentes. Sans aller jusqu'à dire que les classifications actuelles ne sont rien d'autre encore que ces groupements préliminaires, indispensables, comme nous le rappelions tout à l'heure, à l'observation méthodique des phénomènes, il faut donc admettre — quoi qu'en pensent parfois leurs auteurs — qu'elles restent par un certain côté des classements d'attente.

Ceci seul suffirait à expliquer cet « excès », en médecine mentale, des classifications aussi nombreuses qu'éphémères, dont déjà, dans le discours auquel il a été fait allusion plus haut, J. Falret se plaignait avec un

certain dépit. Or, depuis, « la liste déjà si longue », comme il disait, n'a fait que s'accroître encore ; et dans quelles proportions ! nul ne l'ignore.

A mesure que nos connaissances s'étendaient et se précisaient ; à mesure que se révélaient des données nouvelles, ou que les anciennes étaient considérées sous un point de vue nouveau ; à mesure aussi que les aliénistes, plus nombreux, se groupaient en différentes écoles, toutes éprises du louable désir de faire mieux — ou de celui, moins louable, de faire autrement — que leurs devanciers — ou leurs concurrents — les classifications se succédaient en effet, ou se superposaient les unes aux autres, au point de rendre extrême la difficulté où l'on se trouve actuellement de les confronter et de les comparer entre elles. Si, à cette multiplicité des groupements nosologiques, on ajoute l'amphibologie de certaines dénominations, la diversité des significations tour à tour, ou simultanément, données aux mêmes termes, on conçoit qu'aux débutants l'étude de la médecine mentale apparaisse particulièrement hérissée et obscure (1).

Enumérer toutes ces classifications, et en faire une analyse raisonnée, limiter même cette étude historique et critique à celles-là seulement que l'on peut considérer comme les plus importantes, soit à cause de la haute renommée de leur auteur, soit parce qu'elles ont été, à une époque, plus ou moins universellement adoptées, ce serait certes un travail des plus instructifs. Mais ce serait aussi une exégèse formidable qui outrepasserait singulièrement les limites de cet article ; et que, pour tout dire, nous ne nous sentons ni le courage, ni surtout les moyens d'entreprendre. Aussi bien ce travail a-t-il été

(1) Cf. Chaslin. La psychiatrie est-elle une langue bien faite ? (*Rev. Neurol.*, 15 janvier 1914.)

CBIUM

fait déjà, partiellement du moins, par différents auteurs. Qu'il suffise de rappeler entre autres le mémoire de Parchappe dans le *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* (art. Aliénation).

On y suivra les motifs et les voies de la complexité croissante — sinon de la précision grandissante — des classifications, depuis Arétée et Cœlius Aurelianus, jusqu'à Esquirol, Heinroth et Guislain, en passant par Galien, Félix Plater, Sauvages, etc..... (1).

Ainsi l'origine est ancienne de cette instabilité non seulement des terminologies, mais encore des groupements nosologiques.

Cette discordance des classifications, J. Falret l'attribuait à la diversité des principes directeurs choisis pour leur établissement et à l'usage de ce qu'il appelait les « systèmes artificiels », sur lesquels se fondent les auteurs pour rapprocher les uns des autres, à l'aide « d'un seul ou d'un petit nombre de caractères », des faits par ailleurs très différents.

Certains aliénistes, en effet, mus par un louable mais

---

(1) On y verra aussi, accessoirement, dès cette époque, cette inconsistance de la terminologie à laquelle il a été fait allusion, et dont un des plus beaux exemples y est donné dans l'exposé des significations successives respectivement attribuées aux mots *Démence* et *Imbécillité*.

Considéré d'abord comme synonyme de folie générale (Zacchias), on sait que le premier n'a pris qu'avec Esquirol le sens d'affaiblissement psychique acquis, qu'on lui reconnaît aujourd'hui par une entente à peu près universelle. A peu près, disons-nous, car sans parler de la permanence de son emploi juridique dans sa signification première, très large — et d'ailleurs étymologique — on discute encore sur le degré d'affaiblissement qui en justifie l'emploi, sur sa limitation et sur son usage plus ou moins approprié dans quelques expressions, telles que : démence précoce, démence paranoïde, démence épileptique, par exemple. Le second, appliqué indifféremment par quelques-uns aux états déficients constitutionnels ou acquis, garda longtemps l'acception où nous prenons aujourd'hui le mot démence (imbécillité consécutive de Parchappe) avant d'être exclusivement réservé aux débilités mentales profondes héréditaires ou congénitales.

©BIUM

irréalisable désir d'unité, ont pensé pouvoir prendre pour unique critérium de leurs classifications, suivant leurs tendances propres ou l'orientation scientifique du moment, les uns la *Symptomatologie*, les autres la *Marche* et l'*Évolution* des processus morbides, d'autres encore leur mode de *Terminaison*, ou bien leur *Étiologie* et leur *Pathogénie* ; d'autres enfin, l'*Anatomie pathologique*. Mais, le plus souvent, en vertu d'un éclectisme rendu nécessaire par l'insuffisance des données fournies dans chaque cas particulier par ces « symptômes artificiels », et l'impossibilité, par suite, de fonder sur elles la détermination des soi-disant entités morbides, on voit se succéder et parfois se confondre dans une même classification chacun de ces éléments constitutifs, pris tour à tour comme base de discrimination. Et de fait, à part quelques groupements simplistes de jadis, il n'est plus maintenant de classification qui, à l'analyse, puisse se vanter d'être édifiée selon un principe directeur unique.

Le mal, d'ailleurs, ne serait pas grand, s'il était possible que cet éclectisme fut toujours pratiqué selon les mêmes règles et les mêmes mesures. Et, pour défectueuse qu'elle soit du point de vue purement scientifique, cette absence d'unité dans les méthodes de classement — d'un usage courant en médecine générale — n'aurait pratiquement que des inconvénients minimes. Elle permettrait, somme toute, une entente assez facile si, dans chaque cas donné, l'on était rigoureusement d'accord sur l'importance relative qu'il convient d'attribuer à chacun de ces « systèmes » élémentaires en tant que facteurs de discrimination ; si l'on pouvait établir entre eux une hiérarchie bien déterminée, où s'imposeraient à tous les caractères essentiels auxquels tous les autres seraient subordonnés.

Or, il est loin d'en être ainsi.

©BIUM

En présence d'un complexus où nous possédons à la fois des données étiologiques, cliniques, évolutives et anatomiques, telle, par exemple, la paralysie générale, à laquelle de ces données convient-il d'attribuer la prépondérance pour que son immutabilité, primant la variabilité des autres, le complexus soit parfaitement délimité et puisse être considéré comme une entité nosologique bien différenciée? Si nous estimons que le critérium essentiel doit être cherché dans les conditions *étiologiques*, nous ne pourrons admettre dans le cadre de la paralysie générale que les processus dérivés de la syphilis. Or, il est encore des savants, et non des moindres, pour estimer que des causes toxiques ou infectieuses diverses (telles l'alcool, le saturnisme, la tuberculose, le trypanosome de la maladie du sommeil) sont capables de réaliser, soit primitivement, soit secondairement à des altérations préalables du cerveau, des lésions méningées et encéphaliques diffuses, analogues à celles de la syphilis quaternaire; et, par suite, de conditionner une symptomatologie assez proche de la précédente, pour qu'il soit impossible, ou tout au moins extrêmement difficile de l'en différencier. Inversement, risqueront d'être confondues avec la paralysie générale des syphilis diffuses, méningées et cérébrales, dont l'évolution et les symptômes sont souvent parfaitement distincts. Donne-t-on le pas à la *Symptomatologie*? On ne sait plus, avec une certitude suffisante, séparer du complexus envisagé, tout un ensemble de faits étiquetés pseudo-paralysies générales, ni les syndromes transitoires dénommés par quelques-uns paralysies générales fugaces. D'autre part, si la symptomatologie de la paralysie générale est aujourd'hui fixée dans ses grandes lignes, si l'on s'accorde communément dans l'évaluation de l'importance relative de ses différents signes psychiques et organiques, il n'en a pas toujours été

©BIUM

ainsi. De plus, pour uniforme qu'elle soit d'habitude dans ses stigmates essentiels, cette symptomatologie reste cependant assez variable, tant par le degré de développement des signes cardinaux que par l'adjonction si fréquente de complications ou de symptômes accessoires, pour troubler parfois les cliniciens les plus avertis. Estime-t-on que la *Marche* et l'*Évolution* doivent avant tout fixer le diagnostic? D'autres difficultés apparaissent : ce sont, d'une part, les paralysies générales dites rapides, aiguës, suraiguës même; ce sont, d'autre part, des cas à évolution particulièrement ralentie, fixée pour ainsi dire pendant de longues années; ou bien à marche irrégulière, entrecoupées de rémissions durables et répétées. Pas davantage la seule *Anatomie pathologique* n'est capable de solutionner le problème au gré de chacun puisque, à côté de la paralysie générale commune, inflammatoire, certains décrivent des paralysies générales purement dégénératives, ou bien des formes combinées à des lésions artérielles et cérébrales; puisque, enfin, de même qu'entre le tabes et les myélites syphilitiques il existe tous les intermédiaires anatomiques, de même entre la paralysie générale classique et les syphilis diffuses méningo-corticales il n'est pas de barrière histologique infranchissable.

Ainsi, selon que l'on considère qu'à tel ou tel de ces « systèmes » élémentaires, anatomique, clinique, étiologique, doit être réservée une valeur diagnostique péremptoire, on sera conduit à rétrécir ou à élargir singulièrement le cadre de la paralysie générale. Et, de fait, en dehors d'un terrain d'entente commune, il existe tout un domaine où l'interprétation des cas observés reste litigieuse; si bien que l'accord est loin d'être établi entre tous les aliénistes contemporains sur une forme morbide pourtant la plus étudiée, et considérée,

©BIUM

à juste titre, comme la mieux précisée de toute la pathologie mentale.

Dès lors que des controverses persistent sur des faits où nos connaissances sont particulièrement étendues et où des signes objectifs précis devraient, mieux que tous autres, fixer les esprits, on ne saurait s'attendre, par cette méthode de classement fondée sur la considération d'un « système » unique — ou de systèmes divers successivement adoptés — on ne saurait s'attendre à une unanimité de vues dans la limitation des autres complexus.

Trop souvent, nous n'avons sur ceux-ci que des données incomplètement établies, insuffisamment démontrées ou purement subjectives.

Sans insister sur cette fragilité de certains éléments de différenciation, rappelons simplement, entre autres exemples, que l'antique distinction anatomique des démences en vésaniques et organiques repose, on le sait aujourd'hui, sur une conception inexacte, résultat de l'imperfection des procédés histologiques d'alors ; que la séparation créée, en vertu de la symptomalogie, entre la manie et la mélancolie a pu être niée au nom de l'évolution et de la même symptomatologie ; que le groupe des folies intermittentes, édifié également sur le principe de l'évolution, et accessoirement de la symptomatologie, s'est, depuis peu, au nom encore de l'évolution et de la symptomatologie, accru d'une infinité de cas considérés auparavant comme lui étant totalement étrangers ; que le délire chronique à évolution systématique, séparé en vertu de sa pathogénie et de son évolution des délires plus ou moins systématisés des dégénérés, est aujourd'hui — ou du moins était hier encore — confondu par certains avec eux, toujours en vertu de l'évolution, sinon de la pathogénie.

On pourrait prendre l'une après l'autre toutes les

CBIUM

variétés de troubles mentaux constituées en entités morbides distinctes par ces procédés de classification, et l'on verrait que, suivant les époques, ou dans le même temps suivant les théories prévalentes, elles se sont pénétrées et plus ou moins confondues dans les groupements successivement établis. Tant il est difficile, comme nous le disions, de fixer, entre les données diverses qui caractérisent chaque cas pathologique déterminé, une subordination qui s'impose sans contestation possible, et qui commande rigoureusement cet « enchaînement et cette dépendance réciproques des phénomènes » dont parlait Morel.

Ceci doit déjà nous faire soupçonner que le remède proposé par J. Falret à cette « anarchie psychiatrique », selon l'expression récente d'un de ses élèves, n'est peut-être pas aussi souverain qu'il le croyait. Dans ses « Principes à suivre pour la classification des maladies mentales » (Discours à la Société médico-psychologique, 1860), J. Falret développe longuement cette idée, très scientifique et très juste d'ailleurs, qu'il importe avant tout, comme on l'a fait dans les autres sciences biologiques, de substituer aux procédés artificiels ou systématiques de classement, une « méthode naturelle », capable d'établir entre les différents groupements nosologiques une hiérarchie bien définie, et de permettre ainsi la constitution de véritables « classes de maladies mentales », celles-ci pouvant d'ailleurs comprendre des espèces et des variétés plus ou moins nombreuses. « La classe, disait-il, doit reposer sur un ensemble de caractères appartenant à tous les faits qui y sont compris, et non sur un seul caractère servant à rapprocher artificiellement les faits les plus dissemblables sous d'autres rapports.

« Ces caractères doivent être subordonnés et hiérarchisés de telle façon qu'en indiquant le caractère le

©BIUM

plus important, on puisse faire deviner ou supposer l'existence de presque tous les autres.

« Les faits réunis dans une même classe doivent non seulement présenter, à un moment donné, un ensemble de caractères communs qui les rapprochent, et de caractères différentiels qui les distinguent des classes voisines ; ils doivent encore se succéder dans un ordre déterminé à l'avance, avoir un mode de succession possible à prévoir, en un mot, une évolution qui leur est propre. »

On ne saurait mieux dire.

Il apparaît, en effet, qu'une classification fondée sur de tels principes aurait dû revêtir une allure hautement scientifique qui l'eût fait accepter universellement par tous les aliénistes. Mais la difficulté, précisément, nous venons d'y insister, c'est de « hiérarchiser et de subordonner les caractères » ; c'est d'établir, sans contestation possible, quelles sont celles des données psychologiques, cliniques, étiologiques, anatomiques, etc., qui doivent primer toutes les autres, et d'où celles-ci découleront selon « un mode de succession possible à prévoir ». Et, plus d'un demi-siècle après les judicieux conseils de Falret, nous attendons encore cette chose éminemment précieuse que serait une classification universellement adoptée.

Bien plus, aucun des types morbides établis à l'appui de ses principes par le savant médecin de la Salpêtrière, et donnés par lui comme des exemples de « maladies mentales vraiment naturelles et pouvant être considérées comme définitives », n'est aujourd'hui exactement conçu et limité comme J. Falret les concevait et les limitait.

Ces types, rappelons-le, étaient les suivants : la *paralysie générale des aliénés*, ou *folie paralytique* — la *folie circulaire*, ou *folie à double forme* — la *folie épilep-*

©BIUM

tique — la *folie alcoolique* dans sa forme aiguë et dans sa forme chronique — le *délire de persécution*.

De la *paralysie générale* il reste peu de chose à dire après les considérations exposées plus haut. Rappelons seulement que des notions nouvelles — étiologiques et histologiques en particulier — ont permis tantôt de restreindre et tantôt d'élargir singulièrement le cadre de cette affection. Bien que se présentant de nos jours sous une forme plus précise, le problème posé du temps de Falret, de la légitimité d'une séparation radicale entre « la paralysie générale des aliénés » et certains syndromes paralytiques, est loin d'être solutionné par tous d'une manière uniforme. Bien plus les analogies anatomiques et cliniques observées dans certains cas de trypanosomiase, la connaissance de certaines formes de passage entre les syphilis méningo-corticales, disséminées ou diffuses et la paralysie générale d'une part, entre celle-ci et les tabes à propagation encéphalique ; d'autre part, la notion des démences tabétiques qui en découle, ne sont pas pour faciliter la limitation de ce syndrome anatomo-clinique en tant que « maladie mentale » autonome.

Il semble inutile aussi d'insister sur ce qu'est devenu le *délire de persécution* de Falret, démembré selon les vues cliniques ou théoriques des différents auteurs en délire chronique à évolution systématique, délire des dégénérés, délires d'interprétation et d'imagination, psychose hallucinatoire chronique, démence paranoïde, paranoïa, paraphrénie, etc.

Pas davantage la *folie épileptique* n'est restée pour tous ce qu'elle était en 1860. On est loin même d'être aussi assuré qu'alors de ce qu'il faut entendre par épilepsie essentielle. Niée par certains, elle se trouve en tout cas notablement réduite, débarrassée qu'elle a été de toutes les épilepsies symptomatiques d'affections

©BIUM

cérébrales ou organiques diverses avec lesquelles on la confondait jadis. Même, pour quelques-uns, l'inconscience et l'amnésie ont cessé d'avoir, dans les troubles intellectuels qu'elle conditionne, le caractère pathognomonique qu'on leur attribuait. Enfin, sans parler des vues intéressantes de Pierret sur les migraineux épileptisants, ni des relations qui peuvent unir cette prétendue névrose à la folie intermittente, on sait que certains troubles mentaux, certains accidents délirants observés chez des épileptiques ne sont plus considérés comme faisant partie intégrante du syndrome, mais bien comme résultant de la prédisposition psychopathique ou de la dégénérescence mentale sous-jacente qui les conditionnerait directement.

La *folie alcoolique*, elle-même, s'est enrichie depuis Falret d'un syndrome psycho-organique dit psychose polynévritique, et de certaines variétés aiguës essentiellement transitoires et polymorphes, dénommées ivresses délirantes ; beaucoup d'auteurs y rattachent encore des états variés d'excitation ou de dépression, et aussi des délires plus ou moins systématisés, durables ou à répétition. Enfin la question vient d'être posée du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la démence précoce.

Quant à la *folie circulaire* ou à *double forme*, après avoir été démembrée en folie intermittente proprement dite et en états intermittents symptomatiques d'affections acquises ou d'états constitutionnels divers, voici que, sous le nom de psychose maniaque dépressive, elle menace d'englober avec la démence précoce presque toute la pathologie mentale. Non seulement les cas de manie et de mélancolie jadis considérés comme purs lui appartiennent, mais encore les manifestations paroxystiques de la dégénérescence mentale ou de la psychasthénie (obsessions, délires transitoires), certaines confu-

sions mentales hallucinatoires récidivantes et certains délires systématisés périodiques (Pilcz).

Cette pénétration réciproque de ce qu'on suppose être des entités morbides définies a donc d'autres causes que celles indiquées par Falret, puisque, même les « groupements naturels » constitués d'après une méthode pourtant d'une très haute portée scientifique, n'ont pu entièrement résister à l'épreuve de cinquante années.

Les conséquences fâcheuses de ce flottement perpétuel des cadres nosologiques et le trouble qu'il apporte dans les esprits résultent moins, croyons-nous, de l'imperfection des méthodes de classement ou de l'insuffisance de nos connaissances que de la valeur intrinsèque abusivement attribuée aux différents groupements constitués. La plupart des classifications, anciennes ou modernes, qu'elles soient naturelles, systématiques ou éclectiques, se proposent en effet — comme il conviendrait seulement pour couronner l'édifice achevé d'une pathologie mentale définitivement fixée — de créer des séparations tranchées entre des *entités morbides* parfaitement circonscrites, et d'opposer l'une à l'autre des *maladies mentales* essentiellement distinctes.

Or, dans l'état actuel de nos connaissances — et longtemps sans doute encore — la poursuite d'une telle perfection restera par elle-même une cause de faiblesse. Nous venons de voir, par exemple, qu'aucun des groupes nosologiques considérés par Falret comme « des formes naturelles et définitives de *maladies mentales* » n'a pu persister jusqu'à nous dans son intégrité. C'est qu'ils n'avaient pas, en réalité, la haute signification pathologique qu'il leur attribuait. Et sa méthode de classement, pour supérieure qu'elle fût à toutes les autres, n'a pu mettre fin à cette incohérence au moins apparente qui résulte de la confusion grandissante des classifications sans cesse renouvelées.

©BIUM

En réalité, parmi toutes les variétés de troubles psychiques anciennement ou nouvellement décrits, il n'en existe pas une seule, à notre avis, qui mérite le nom de *maladie mentale*, au sens exact du mot (1). Ce sont, pour quelques-unes, des *affections cérébrales* à symptomatologie mentale, pour la plupart des *syndromes* psychopathiques, mais non des *maladies*. Et ceci n'est pas une simple querelle de mots, ni recherche spécieuse d'une plus grande précision dans les termes, mais bien la notion fondamentale propre à réduire au minimum les inconvénients qui résultent de cette diversité fatale des classifications.

(*A suivre.*)

---

(1) Nous sommes heureux de nous rencontrer ici en conformité de vue avec des cliniciens aussi distingués que MM. Séglas et Chaslin.

RÉSUMÉ STATISTIQUE

DES MILITAIRES INTERNÉS A L'ASILE DE LIMOUX

DU 2 AOUT 1914 AU 31 DÉCEMBRE 1918

Par le Dr Calixte ROUGÉ
Médecin en chef de l'asile.

La plus grande partie de cette statistique se trouve dans deux mémoires insérés dans les *Annales médico-psychologiques*. Dans le premier (numéro d'octobre 1916) se trouve la statistique des militaires entrés à l'asile du 2 août 1914 au 31 décembre 1915. Dans le deuxième (numéro de juillet 1918), celle des militaires entrés en 1916 et 1917.

Pour répondre au titre qui est en tête de cet article il manque la statistique de l'année 1918. Je la donne ci-dessous en n'y ajoutant que les considérations les plus indispensables.

Durant l'année 1918 l'asile a reçu 27 militaires ainsi répartis : 1 âgé de vingt-deux ans, 8 âgés de vingt-cinq à trente ans; 14 de trente à quarante ans et 4 au-dessus de quarante ans.

J'avais pris l'âge de tous ces malades sans y attacher beaucoup d'importance, tous étant des adultes. Néanmoins, il est une constatation relative à l'âge qui mérite, à mon avis, d'être signalée.

Sur ces 27 aliénés, un seul, L... (Eugène), appartenait à la première catégorie (moins de vingt-cinq ans) et, encore, ce n'était pas un véritable aliéné : à la suite d'une blessure du crâne par éclat d'obus, il fut trépané

©BIUM

en 1917, mais resta en démence; il a succombé à une encéphalite moins de quinze jours après son entrée à l'asile. Donc, sur ces 27 malades, nous ne trouvons aucun aliéné au-dessous de vingt-cinq ans. J'ai recherché l'âge des malades entrés les années précédentes et n'en ai trouvé qu'un seul qui se trouve dans cette première catégorie. C'est un jeune soldat, vingt et un ans, dont l'observation est rapportée dans mon second mémoire, page 10, et dont, à mon avis, la place n'était pas dans un asile d'aliénés quoiqu'il eût présenté des troubles mentaux.

Les dernières classes appelées seraient-elles moins prédisposées à l'aliénation mentale, soit par suite de l'insouciance de l'âge, soit par l'absence de liens qui les rattacheraient davantage à la vie, ou bien, parce qu'elles ont payé un plus large tribut à la mort et évité ainsi la possibilité de le payer à la folie? Des statistiques portant sur un plus grand nombre de sujets que celle que je présente pourront élucider cette question.

Sur ces 27 malades, 7 étaient des blessés de guerre. Outre le cas d'encéphalite traumatique, il y avait 2 cas de confusion mentale hallucinatoire, 2 cas de déséquilibration mentale, une excitation maniaque et une dépression mentale; ces psychoses ne présentaient aucun caractère particulier les distinguant des autres psychoses. Je m'occuperai plus loin des prédisposés.

Quinze de ces malades nous ont été envoyés directement par l'autorité militaire; les 12 autres, par diverses autorités administratives, trois de ces derniers venaient de Ville-Evrard, de Bicêtre et de l'asile public de la Manche.

Voici la répartition de ces 27 malades au 31 décembre 1918 : 6 sortis par guérison, 2 sortis par amélioration, 2 sortis et réintégrés, 12 encore présents à l'asile,

5 décès (par encéphalite, pneumonie, étranglemen intestinal, paralysie générale, tuberculose pulmonaire).

En ajoutant cette statistique de 1918 aux statistiques précédentes relatées dans mes deux mémoires de 1916 et 1918, nous trouvons que du 2 août 1914 au 31 décembre 1918 l'asile de Limoux a reçu 74 militaires ainsi répartis :

Du 2 août 1914 au 31 déc. 1915. . . .	19	admissions
En 1916. . . .	14	—
En 1917. . . .	14	—
En 1918. . . .	27	—
Total. . . .	74	admissions

Mais si l'on convient, comme je l'ai proposé dans mon mémoire de 1918, page 8, de ne pas compter dans chaque asile les malades qui en sortent par transfert dans un autre asile, ce nombre de 74 se réduit à 72, les deux autres ayant été transférés, l'un à l'asile de Pau, l'autre à celui de Montpellier.

Je me propose d'entrer dans quelques courtes considérations relatives aux formes mentales observées, à l'influence des prédispositions et à la terminaison de la maladie mentale chez ces 74 malades.

Formes mentales. — Elles ont un peu varié suivant les époques. Aussi, pour plus de précisions, je diviserai cette si longue période de guerre en quatre périodes.

Première période (du 2 août 1914 au 31 décembre 1915), 19 admissions divisées en deux groupes, l'un de 9, l'autre de 10 militaires. Dans le premier (ceux n'ayant pas été au feu) qui ne compte que des hommes ayant dépassé la trentaine et n'ayant subi que des émotions tristes, un choc moral, l'état confusionnel n'a jamais manqué, le plus souvent sous la forme agitée (7 cas), plus rarement sous la forme dépressive (2 cas) allant jusqu'à la stupeur ou à la stupidité. Chez les

©BIUM

autres (ceux qui ont été au feu), la confusion mentale a été presque constante et, le plus souvent, avec amnésie, soit totale, soit antérograde, soit rétro-antérograde.

Deuxième période. Année 1916, 14 admissions. La forme prédominante a été la dépression mélancolique (5 cas); ensuite viennent la manie aiguë (3), la débilité mentale (2), un seul cas de confusion mentale, un autre de paralysie générale, un délire de jalousie et un délire polymorphe.

Troisième période. Année 1917, encore 14 admissions. La confusion mentale reparaît et prédomine (7 cas). Vient ensuite la manie aiguë (3 cas). La mélancolie, la folie à double forme, la psychose périodique et le délire de persécutions par interprétations délirantes se partagent les quatre autres cas.

Quatrième période, année 1918, 27 admissions. La mélancolie est la forme prédominante (11 cas). Viennent ensuite la débilité mentale (3), l'agitation maniaque (2), la déséquilibration mentale (2), le délire chronique de Magnan (2). La maniaque dépressive, la confusion mentale hallucinatoire, les hallucinations, la démence précoce, la démence organique et la paralysie générale se partagent les sept autres cas.

Prédisposition. — L'influence de la prédisposition n'a pas manqué de se faire sentir. Dans mon premier mémoire, j'ai montré combien elle avait été manifeste, presque foudroyante dès le début de la mobilisation. Je l'ai constatée six fois sur les neuf premières admissions. Selon le professeur Régis, il y a là une première sélection réalisée d'emblée chez les prédisposés vésaniques. J'ai déjà dit que cette influence n'avait pas tardé à disparaître.

Si j'en crois mes observations, l'influence de la prédisposition aurait été nulle ou presque nulle chez les militaires entrés en 1916 et 1917. Je n'ai constaté que

©BIUM

quelques cas où les habitudes alcooliques avaient pu jouer un rôle. Il est vrai qu'avant de nous arriver, ces malades étaient déjà passés par de nombreuses formations sanitaires qui n'avaient pu avoir des renseignements sur leurs antécédents. Mes recherches à ce sujet ont été sans résultat, peut-être, parce que le surmenage et un accident dont j'ai été victime ne m'ont pas permis des investigations suffisantes.

Il n'en a pas été de même pour les 27 militaires entrés en 1918. En effet, j'ai constaté, chez six d'entre eux, des tares psychopathiques sérieuses : l'un d'eux, qui avait déjà subi un internement, avait des antécédents héréditaires chargés; un deuxième avait eu sa mère décédée à l'asile, son père suicidé; un troisième, sans avoir été interné, avait présenté des troubles mentaux dix ans auparavant et il avait aussi des antécédents héréditaires; un quatrième est noté comme ayant des antécédents héréditaires chargés; un cinquième, des antécédents alcooliques, et le sixième avait eu, à onze ans, une fièvre typhoïde suivie de crises nerveuses. J'estime que ces tares auraient dû faire réformer d'emblée trois de ces militaires et faire placer les autres dans le service de l'arrière, comme non combattants.

Ces prédisposés doivent être souvent, dans l'armée, une cause de désordre ou de démoralisation et, plus tard, une cause de grandes dépenses, soit par un séjour prolongé dans divers asiles, soit par des demandes d'indemnité sujettes à contestation et qui auraient pu être évitées si les conseils de revision avaient fait une sélection plus judicieuse, après enquête.

Il paraît que les autorités anglaises (voir *Ann. méd.-psych.* de sept. 1918) auraient une forte tendance à exalter le rôle pathogène des dispositions héréditaires et constitutionnelles en rejetant les responsabilités sur

©BIUM

le malade ou sur sa famille et tenant pour négligeables les influences nocives de la vie du soldat en guerre. L'auteur de l'article ajoute, il me semble avec juste raison, que ces influences ont une action déterminante de première importance ». Elles ont pu, en effet, faire éclater une affection qui, sans elles, serait peut-être restée en germe, sans éclore.

Terminaisons. — Je terminerai cet article en indiquant le mode de terminaison de la maladie mentale de ces 74 malades au 31 décembre 1918 :

Sortis par guérison	26
Sortis à essai et non revenus	2
Sortis et réintégrés	2
Sortis par transfert dans un autre asile	2
Encore présents à l'asile	31
Décédés	11
Total	74

Quant aux 31 aliénés encore présents à l'asile, le 31 décembre 1918, j'estime approximativement qu'il y en a 15 qui ont des chances sérieuses de guérison.

©BIUM

LES SONGES

D'APRÈS HIPPOCRATE

Par le Dr PRON

Ayant étudié, dans ma thèse inaugurale (1), l'influence des troubles gastriques sur la sphère psychique, en même temps que les rêves liés aux perturbations digestives, et ayant, peu après, communiqué à la *Société médico-psychologique* une note relative aux rêves à répétition (2), on voudra bien me permettre de résumer ici les idées d'Hippocrate sur les rapports existant entre l'état somatique et les songes. C'est de la psychophysiologie, et non du charlatanisme, et Hippocrate a bien soin de distinguer les songes divins, dont l'interprétation appartient aux devins, et les songes d'origine physiologique, qui sont du domaine de la médecine.

Pendant la veille, l'âme n'est pas à elle-même, car elle est obligée de partager son activité entre le corps et la vie extérieure ; dans le sommeil, au contraire, elle « gouverne son propre domicile... Aussi, quiconque en sait juger sainement connaît une grande partie de la science.

« Les songes, qui reportent les actions ou les pensées de la veille dans la nuit suivante, et qui représentent d'une façon régulière ce qui a été fait ou délibéré pen-

(1) *Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques*, Paris, 1901.

(2) *A propos d'un cas de rêve à répétition* (Séance du 25 janvier 1903).

©BIUM

dant le jour dans une juste affaire, sont favorables ; ils indiquent la santé, parce que l'âme demeure dans les pensées du jour... mais, quand les songes contrarient les actions de la veille, et qu'il y a là-dessus bataille ou victoire, cela signifie un trouble dans le corps. » Il faut alors absorber un vomitif, puis pendant cinq jours ne prendre que des aliments légers, faire le matin des promenades rapides en suivant une gradation, et se livrer aux exercices de voix et à la prière.

Voir le soleil, la lune ou d'autres astres évoluant dans un ciel pur, est favorable ; mais si les astres s'arrêtent dans leur course, ou cessent de briller ; si surtout ils s'entourent de pluie ou de grêle, c'est l'annonce qu'une sécrétion humide et phlegmatique s'est faite dans le corps. Dans ce cas, conviennent « les courses en habit, considérables », afin qu'une sudation abondante survienne, la suppression du déjeuner, le retranchement du tiers des aliments, auxquels on reviendra normalement en cinq jours. Si l'influence paraît forte, on aura recours aux étuves, et on usera d'aliments secs, âcres, astringents.

« Si ce qui est dans le corps (?) » semble fuir rapidement, poursuivi par les astres, il y a danger de délire. Il faut alors avoir recours à l'hellébore, ne boire que de l'eau ou du vin blanc léger, s'abstenir de substances desséchantes, échauffantes et salées, faire des courses sans lutte et sans frictions consécutives, et prendre beaucoup de sommeil sur un lit mollet. Il est bon aussi d'user de l'étuve, et de vomir après. De trente jours, on ne mangera à son plein appétit.

Quand les astres paraissent errer çà et là, c'est qu'il y a une perturbation de l'âme par des soucis. Il convient de se divertir, et d'aller au spectacle pendant deux ou trois jours.

Si les astres sont obscurs, et prennent une direction

©BIUM

ascendante, c'est annonce de catarrhe dans la tête. S'ils vont vers la mer, c'est annonce d'affections abdominales; vers la terre, annonce de tumeurs formées dans la chair. Il faut vomir, et retrancher le tiers des aliments.

Voir un corps céleste et pur se poser sur vous, voir tomber une ondée douce par un temps calme, l'un et l'autre sont de bon augure.

Après les astres, Hippocrate passe à la terre.

Apercevoir et entendre nettement les objets ou les bruits terrestres ; marcher de façon sûre ; voir la campagne unie, bien travaillée, et recouverte d'arbres et de fleurs, tout cela annonce une bonne santé. Mais si la vision est confuse, et l'ouïe diminuée, c'est qu'une maladie menace la tête. Si la terre se montre raboteuse, cela indique que la chair du corps est impure ; en conséquence, on fera de fréquentes promenades et des exercices. Si les arbres apparaissent sans fruit, c'est que le sperme est corrompu. Les fleuves, qui ne coulent pas régulièrement, dénotent que le sang a une circulation gênée ; si les eaux débordent, excès de sang ; si elles baissent, défaut de sang. Les sources et les puits indiquent un trouble vésical. La mer agitée annonce une maladie du ventre ; on emploiera alors les laxatifs, et les aliments légers et mous. Un tremblement de terre annonce un trouble prochain de la santé ; avoir recours à un vomitif, comme préventif. Voir la terre sombre et calcinée, doit faire craindre une maladie violente et grave ; c'est l'indice d'un excès de sécheresse dans les chairs ; on supprimera les aliments âcres et secs, pour vivre d'orge bien cuite et de boissons aqueuses abondantes ; on se baignera souvent, mais jamais à jeun. Si l'on croit plonger dans un étang, une rivière ou la mer, c'est que le corps contient, au contraire, un excès d'humidité.

Si l'on se voit soi-même revêtu d'habits blancs, ajustés

©BIUM

comme taille, c'est un bon signe. Mais, si une partie du corps est trop grande ou trop petite, ou si le vêtement a une teinte sombre, c'est indice de maladie.

Si l'on voit les morts vêtus de blanc, cela dénote la santé du corps. Voir le contraire, c'est-à-dire les défunts nus ou habillés de noir, recevant ou emportant quelque objet, c'est annonce de maladie. Il faut déterger par les courses au cerceau et les promenades, par le vomissement, et, à la suite, par une nourriture molle et légère, qu'on accroîtra graduellement.

Voir des corps de forme anormale, et en être saisi de frayeur, indique une plénitude d'aliments, un flux bilieux et une maladie dangereuse. Dans ce cas, on vomira ; on usera d'exercices naturels et de bains chauds ; on se gardera du froid et du soleil.

Manger en rêve est bon, boire de l'eau limpide est, de même, bon signe.

Toutes les fois que l'on se bat, qu'on est piqué ou enchaîné par un autre, c'est l'indice qu'il s'est fait, dans le corps, une sécrétion « contrariant le mouvement circulaire » ; il en est ainsi également, si l'on s'égare pendant la marche, si l'on passe une rivière, et si l'on rencontre des ennemis.

Telles étaient les relations, établies par Hippocrate, entre l'état somatique et la nature des songes. Si le traitement qu'il propose varie peu pour chaque cas, on ne saurait, en tout cas, lui dénier le talent des analogies, existant ou imaginées entre les anomalies de fonctionnement de l'organisme et l'orientation de l'activité mentale pendant le sommeil.

©BIUM

Établissements d'aliénés

NOTE

SUR

L'ASILE DE STEPHANSFELD

Par le Dr Jean EISSEN

Médecin traitant de l'asile.

En 1806, la Commission des hospices de Strasbourg, émue de l'état lamentable dans lequel se trouvaient les aliénés dans le quartier de l'hôpital qui leur était réservé, commença des démarches pour la construction de nouveaux bâtiments, dans l'hôpital d'abord, puis, comme le projet n'aboutissait pas, Ristelhueber, en 1819, proposa la création d'un asile indépendant de l'hôpital, où seraient hospitalisés et entretenus, à frais communs, les malades de la Haute et Basse-Alsace et de la Lorraine de langue allemande.

Après de nombreux pourparlers, au cours desquels on proposa successivement Saint-Jean et la maison de force voisine, Sainte-Marguerite, et enfin Stephansfeld, ce fut ce dernier établissement qui fut choisi en 1833, et ce fut le 5 novembre 1835 qu'y furent transportés les 40 premiers malades venus de l'hôpital de Strasbourg.

Ce Stephansfeld était un couvent, situé à 15 kilomètres de Strasbourg, sur la route de Haguenau, à proximité de Brumath.

©BIUM

Il avait été fondé au début du XIIIe siècle par Étienne, landgrave d'Alsace, pour recueillir les pauvres et les enfants trouvés, sous la direction des religieux du Saint-Esprit. Cet hospice, grâce aux dotations et aux domaines, devint même rapidement la maison mère de l'ordre.

Depuis sa fondation jusqu'au moment où il devint asile d'aliénés, il eut une histoire assez mouvementée. Il fut détruit en 1526, au moment de la guerre des Paysans, puis en 1674, puis en 1694, mais fut toujours reconstruit.

En 1777, Louis XVI place le couvent sous l'autorité du cardinal archevêque de Strasbourg.

En 1789, l'administration passe à la Commission des hospices de Strasbourg, puis, jusqu'en 1799, devient hôpital militaire. De cette date à 1816, l'hospice revient à sa première destination. En 1816, les Alliés le transforment en caserne. Les enfants y reviennent une dernière fois en 1819, mais sont peu à peu placés dans des familles, et, depuis 1821, les bâtiments étaient inoccupés.

Voici quelle était l'installation de l'asile en 1835 :

1° A l'entrée de l'asile, en bordure de la route, des bâtiments nouvellement construits pour des pensionnaires payants;

2° Derrière celui-ci, un grand bâtiment central, réservé aux médecins et aux services généraux;

3° Un long bâtiment à un étage, faisant corps avec le précédent, pour les aliénés hommes;

4° A l'ouest de la construction centrale, un bâtiment neuf pour les agités des deux sexes;

5° Enfin, les anciennes étables furent aménagées pour les épileptiques et les idiots.

Le personnel se composait d'un administrateur faisant fonctions de directeur et d'économe, d'un médecin

assistant et d'un interne, logés à l'asile, et d'un médecin-chef qui, comme le disait le règlement : « devra, de toute nécessité, habiter à Strasbourg et se rendre chaque jour à l'asile ».

Les soins de la section des femmes, la surveillance de la cuisine et de la lingerie étaient dévolus à des sœurs du Saint-Esprit qui, depuis la fondation de l'asile et malgré tous les changements et toutes les difficultés, ont continué à remplir leur tâche avec autant de zèle que de cœur.

Le nouvel asile donna bientôt lieu à de vives critiques. Il y eut des récriminations acerbes, tant du côté des médecins que du côté de l'administration. En hommage à son insistance à proposer Stephansfeld, le Dr Ristelhueber en avait été nommé médecin-chef; mais il dut se retirer, et ce fut son ancien assistant, le Dr Renaudin, qui devint médecin-chef intérimaire.

De nouvelles difficultés ne tardèrent pas à surgir, et, jusqu'en 1839, les médecins se succèdent.

En 1840, Richard est nommé directeur, et c'est à lui que revient l'honneur d'avoir créé l'asile.

Il s'attache à la réorganisation de divers services, travaille à l'instruction du personnel, fait construire des ateliers, et enfin organise une exploitation agricole.

En 1842, avec l'architecte Klotz, il envisage des plans qui se trouvèrent si bien répondre aux besoins que, jusqu'en 1880, on a continué les réformes et les travaux qu'ils laissaient prévoir.

C'est à Stephansfeld que, pour la première fois, furent employés les pavillons séparés, et c'est l'asile alsacien qui servit de modèle à tous les asiles postérieurs.

Ce point a son intérêt, car les Allemands ont tant crié que ce mode de construction était de leur invention, qu'on a fini un peu partout par en être persuadé.

©BIUM

Sans entrer dans le détail des travaux qui se succédèrent, il faut signaler, telle était la bonne gestion de Richard, que c'est l'asile qui paya presque entièrement les frais de ses agrandissements; car, tandis que le département ne donnait que 35.000 francs, le reste, près de 800.000 francs, fut payé par les économies de l'administration. De pair avec les agrandissements des bâtiments marchaient les agrandissements territoriaux; tout autour de l'asile les champs étaient cultivés par les malades. En 1845, le Dr Rœderer, médecin-chef de l'établissement, pouvait écrire à ce sujet : « Stephansfeld, avec l'activité champêtre qui l'entoure, ressemble plus à une exploitation fermière qu'à un asile. »

Le nombre des malades avait été en augmentant; de 60 à l'ouverture de l'asile, il avait passé à 300 en 1844 et avait encore augmenté, lorsqu'en 1850, Henri Dagonet fut nommé médecin-chef de Stpehansfeld. Ce fut lui qui, le premier, pratiqua et préconisa l'alitement prolongé dans les cas d'excitation maniaque.

Avec Richard comme directeur et Dagonet comme médecin-chef, Stephansfeld devint rapidement l'asile modèle dont la renommée s'étendit au delà de l'Alsace.

A Richard, mort en 1859, succéda Bès de Berc jusqu'en 1869. A ce moment, Motey est nommé directeur, à peine est-il installé que la guerre éclata. Un certain nombre de malades furent évacués sur Strasbourg, les troupes françaises occupent les bâtiments. Puis, après la bataille de Wœrth, pendant la durée du siège de Strasbourg et même après, ce sont les troupes bavaroises avec un hôpital de campagne qui s'y installèrent.

Le 19 juillet 1871, le premier directeur allemand, Pelman, entrait à Stephansfeld et, après le premier travail de réorganisation, il s'occupa de faire continuer les constructions.

En 1875, il obtint que l'asile fût éclairé au gaz.

©BIUM

A Pelman succéda le Dr Stark. Le nombre des aliénés hospitalisés avait été sans cesse en augmentant et avait passé de 650 en 1860 à 800 en 1872. C'était devenu un problème ardu que de loger tous les malades. Pour des raisons financières, il fut impossible de donner à chaque département un asile autonome et l'aménagement de l'ancien dépôt de mendicité de Hœrdt fut organisé à frais communs par les deux départements et fonctionna comme dépendance de Stephansfeld. Le 1er avril 1878, 200 malades sur les 900 de l'asile y furent transférés.

En 1883-1884, le directeur fait établir, dans tout l'établissement, une canalisation d'eau. Cette même année, de chaque côté des deux vieilles tours romanes de l'ancien couvent, on reconstruit les chapelles catholique et protestante.

En 1888, le nombre des malades pour l'asile de Stephansfeld-Hœrdt atteignait 1327 et il y eut un premier transport de 100 malades à la colonie familiale de Bischwiller.

Jusqu'en 1893, il n'y eut pas de grandes constructions nouvelles ; mais cette année-là on entreprit la réfection de l'ancien quartier des agités qui, jusqu'alors, se composait seulement d'un couloir sur lequel s'ouvraient sept cellules. En 1897, Stark mourait et était remplacé comme directeur par le Dr Vorster.

En 1900, le Dr Billmaier, attaché à l'établissement de Hœrdt, fut gravement blessé par un aliéné et mourut à Stephansfeld.

En 1904, ce fut le tour du Dr Vorster de mourir sous les coups d'un aliéné. Il fut remplacé par le Dr Ransohoff.

Le 5 septembre 1906, c'est le secteur électrique de Strasbourg qui fournit la lumière, remplaçant l'ancienne usine de l'asile.

©BIUM

En 1909, la création d'un asile autonome pour la Haute-Alsace, à Rouffach, permit de dégager à nouveau l'asile encombré.

En 1912, l'asile de Hœrdt fut séparé de Stephansfeld au point de vue administratif et fut réservé aux aliénés criminels et à un certain nombre d'incurables.

En 1913, les nouvelles cuisines, qui étaient en construction, commencent à fonctionner et donnent toute satisfaction.

En 1915 enfin, le château d'eau et un nouveau pavillon avec salle d'opérations et chambre d'isolement sont mises en service.

Voici, brièvement résumée, l'histoire du plus ancien asile d'Alsace où, de nouveau, des médecins français et alsaciens ont pris la place des médecins allemands expulsés.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 MARS 1919

Présidence de M. DUPAIN, président.

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

MM. Anglade, Beaussart, Bonhomme, Chavigny, Delmas, Demay, Levassort, Mignard, Rayneau et Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de MM. Delmas, Devaux et Dupouy, membres correspondants, qui posent leur candidature aux prochaines places vacantes de membre titulaire.

Rapport de candidatures à deux places de membre titulaire.

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Arnaud, Chaslin, Séglas, Vallon et Semelaigne, de vous présenter un rapport sur les candidatures de MM. André Collin et Raymond Mallet, qui sollicitent le titre de membre titulaire. Tous deux anciens internes des hôpitaux de Paris, anciens chefs de clinique des maladies mentales à la Faculté, ils font déjà partie de notre Société en qualité de membres correspondants.

M. Truelle vous a exposé, avec autant de clarté que de précision, à la séance du 26 décembre 1917, les titres et travaux de M. André Collin. Je ne saurais mieux faire que de vous rappeler ce rapport si détaillé, me bornant à vous signaler, dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques*, le premier article d'un

©BIUM

intéressant travail de M. Collin sur « l'Enfance des débiles intellectuels ».

Je vous ai moi-même présenté un rapport, le 25 février 1918, sur la candidature du Dr Mallet au titre de membre correspondant. Depuis cette époque, il a publié, dans le numéro de juillet des *Annales médico-psychologiques*, en collaboration avec M. Paul Meunier, un article intitulé : « Réactions de fatigue chez les prédisposés. Etats paranoïdes ». A la séance du 30 décembre dernier, il prenait part à une discussion sur les fugues, manifestations morbides que ses fonctions de chef du Centre psychiatrique d'une armée lui ont permis d'étudier tout spécialement.

Les Sociétés ont une faculté que ne possède pas le commun des mortels. Elles peuvent, lorsqu'elles le désirent, s'infuser un sang nouveau. Les deux candidats soumis à vos suffrages sont jeunes ; on ne saurait le leur reprocher. Lorsqu'on commence, ainsi que moi, à ressentir les atteintes de l'âge, on peut parfois regretter le passé, mais on doit favoriser les jeunes et ouvrir largement la route à ceux qui représentent l'avenir. Aussi, suis-je heureux de vous demander, au nom de votre Commission, d'accorder le titre de membre titulaire à MM. André Collin et Raymond Mallet.

Le résultat du scrutin est :

Nombre de votants : 20

M. André Collin . . . . 17 voix.
M. R. Mallet. . . . . 19 voix.

En conséquence, MM. André Collin et R. Mallet sont élus membres titulaires de la Société médico-psychologique.

Délire onirique émotif,

par M. J. Capgras.

Le 21 juin 1918 entrait au Centre de psychiatrie de la Ve région, un fantassin de vingt et un ans, le soldat B... X..., permissionnaire du front, trouvé errant dans les rues d'Orléans. A son arrivée, il se présentait sous les allures d'un dément précoce : grimaçant, tordant ses lèvres en museau, tenant de

©BIUM

fréquents soliloques chuchotés, coupés d'éclats de rire; calme, cependant et docile. A haute voix, il parlait peu, mais répondait volontiers aux questions; réponses toujours étranges, quoique rapides et correctes.

Voici les passages les plus caractéristiques de son interrogatoire, le jour de son entrée :

— Comment vous appelez-vous? — X... B...

— Quel âge avez-vous? — Cinquante-quatre ans.

— En quelle année êtes-vous né? — Décembre 1896.

— En quelle année sommes-nous? — 1950.

— Quel âge avez-vous donc? — Cinquante-quatre ans, il ne se trompe pas en calcul.

— Quelle est votre profession? — Imprimeur. C'est un bon métier. Il gagne 50 francs par jour.

— Quel est votre régiment? — Trente-deux ans qu'il n'est plus soldat. Pendant la guerre 11e, 4e Cie, 2e section.

— Ne sommes-nous donc plus en guerre? — Il ne s'agit pas de l'introduire en erreur. Trente-deux ans que la paix est signée; le 21 mars 1918; il peut en parler, il était là. Domination américaine. La France est un Etat américain. Un Dominion.

— Pourquoi portez-vous un uniforme? — C'est pas un uniforme, c'est un pardessus.

— D'où venez-vous? — Il vient d'embrasser sa vieille mère.

— Où allez-vous? — Il va à Paris, la grande ville, à la Villette. Il travaille au *Matin* sur les rotatives.

— Pourquoi vous désignez-vous à la troisième personne? — Parce qu'il est une personne qui se considère.

— Vous avez de la fortune? — 15 millions à peu près. Il travaille pour se distraire.

— Etes-vous décoré? — Il ne l'a jamais été. Il a fait la guerre en amateur quand il était jeune. Il buvait une vingtaine de litres de vin blanc le matin.

— Rien que ça? — Que voulez-vous que ce soit. Il mangeait une omelette de deux ou trois cents œufs.

— Mais vous êtes Gargantua? — Qui c'est ce jeune homme?

— Savez-vous lire? — Il ne s'en occupe pas. Il imprime.

— Où êtes-vous ici? — C'est une petite commune de rien du tout qu'ils appellent Orléans. C'est un petit jeune homme qui m'a fait conduire dans cette petite maison sans importance.

B... X... est assez grand, maigre, pâle, blond, sans stigmates physiques de dégénérescence. Il n'a aucune lésion organique appréciable; pas de troubles digestifs, pas de fièvre, pas de céphalée. Il dort bien, sans cauchemar appréciable. Il se

©BIUM

dirige aisément dans le pavillon. Pendant quatre jours, son délire persiste immuable, en ce qui concerne son âge, sa situation, ses idées de richesse et de goinfrerie. Tout est petit et insignifiant, sauf Paris et sa personne. « La guerre, dit-il, était une petite guerre de rien du tout; il y a eu 7 ou 800.000 tués, c'est sans importance. » Il refait à sa fantaisie la carte d'Europe : l'Allemagne en est rayée, la France devient une colonie américaine. Il localise, dans le passé tous les événements en partant de 1950 qu'il prend toujours pour l'année présente. Par ailleurs, on ne constate aucun signe d'affaiblissement intellectuel, de confusion mentale, ou d'incohérence verbale. Il est capable de fixer son attention : il calcule vite et bien; il possède de bonnes notions d'instruction primaire. Le 25 juin, il cesse de délirer pendant quelques heures et paraît étonné; le lendemain, cette rémission a disparu. Le 27 juin, il a une amnésie totale de tout ce qu'il a dit et de tout ce qui s'est passé depuis le 20 juin.

Le seul reliquat de son délire antérieur, c'est l'idée de richesse qui s'associe à une idée ambitieuse nouvelle : celle de faire signer la paix immédiatement. Il exprime en outre des opinions anarchistes auxquelles se joignent quelques idées de persécution. Il croit qu'on veut le faire disparaître. Il accuse Clemenceau de l'avoir fait chloroformer dans le train et enfermer dans une prison. « Tu verras, vieux tigre, ajoute-t-il, ce qu'il en coûte d'enfermer un anarchiste millionnaire pour se débarrasser de lui. »

Le 28 juin, il écrit à sa mère une lettre de quatre pages, parfaitement correcte, dont voici quelques extraits : « Je suis la victime d'une infâme machination. Ah! ils essaient de me faire passer pour un dingo et comptent me faire périr entre quatre murs. Les insensés, ils ne comprennent donc pas que j'ai une tâche plus sublime à accomplir que celle de tenir un fusil dans un but criminel. J'ai dit celle de faire finir immédiatement cette boucherie qui n'a que trop duré. Oui, assez de sang versé! A bas ce Clemenceau maudit, vampire se délectant dans le sang des humains. Ce qui me désespère, c'est d'avoir l'argent nécessaire et de ne pouvoir en faire l'usage humanitaire que tu sais. Ah! si tu savais seulement où je l'ai mis, tu pourrais le faire. Mais non, moi seul suis capable de faire cela. Ils se figurent que j'ai peur de mourir. Mais non, je fais le sacrifice de ma vie et que finisse de suite cette guerre..... Ils essaieront de me faire parler pendant mon sommeil pour s'emparer de l'argent libérateur. Ah! les bandits! Et dire que des êtres s'entre-tuent tous les jours pour l'idéal des autres, c'est-à-dire leurs coffres-forts, et que je suis ici, moi, qui pourrais leur faire tant de bien, dans une maison de tapés... » Et pour prouver qu'il n'est

pas fou, il termine sa lettre par un sonnet sur les horreurs de la guerre, très mauvais, mais conforme aux règles de prosodie.

En une huitaine de jours, ces idées ambitieuses, mission et richesses, disparaissent à leur tour. L'amnésie lacunaire persiste. B..., à son retour de permission, partit de Bordeaux, avec l'intention de déserter. Mais ses souvenirs se perdent à ce moment. Il croit s'être endormi dans le train et ne sait plus ce qui s'est passé ensuite. Son arrêt à la gare des Aubrais, ses promenades dans Orléans, son arrestation, son entrée au Centre psychiatrique, la première semaine de son séjour, il a tout oublié. Il affirme qu'il n'a pas bu et qu'il avait même négligé d'emporter son bidon, ce qui est exact. Il n'a d'ailleurs aucun symptôme d'alcoolisme.

Desormais ce jeune homme ne présente aucun trouble mental. Il cause, il joue avec ses camarades; il lit journaux et revues. Il se montre assez discipliné. Mais si, respectueux des ordres donnés, il s'abstient de tout prosélytisme, il n'en conserve pas moins ses conceptions anarchistes. Le 20 juillet, en réponse à une lettre de son jeune frère, récemment condamné pour désertion, il envoie subrepticement la lettre suivante, dont copie avec demande d'explications fut retournée au Centre quelques semaines plus tard par l'autorité militaire : « Après avoir raisonné intelligemment, voilà que tu retombes dans l'erreur et que tu parles de revenir au front pour racheter tes fautes. Et quelles fautes? Ta conscience doit être tranquille et sa sérénité doit te donner le courage de tes opinions. Persévère dans ce que tu as fait jusqu'à aujourd'hui. Lutte contre cette société pourrie qui veut ton sang et si tu dois tomber que ce soit en martyr pour la liberté de penser, que non pas en esclave criminel et dans un but de conquêtes. Tu feras ce que tu voudras, tu n'as pas de force de caractère et le courant à la mode, ce courant, paraît-il, des masses, ce courant de meurtres et de vols t'entraîne. Te voilà aussi fou que les autres. L'odeur du sang et de la poudre t'enivrent et un mirage de gloire et d'héroïsme vont faire de toi un esclave de plus dans les armées du crime. Quant à moi, je ne changerai pas, quand je devrais pourrir dans les prisons... » »

Dans ces expressions et dans ce style, on reconnaît l'influence exercée sur cette imagination plastique par la lecture d'une certaine presse. Depuis dix-huit mois, en effet, B... ne lisait guère que les journaux défaitistes; sa feuille préférée est celle de Sébastien Faure. Bon patriote au début de la guerre, il est devenu anarchiste au front. Voici, du reste, ses antecédents qui confirment, chez lui, le diagnostic de déséquilibre mental.

B... est l'aîné de trois enfants qui furent élevés par leur mère, le père, alcoolique et débauché, ayant abandonné le

©BIUM

domicile conjugal. Le plus jeune frère est idiot. Le cadet manque de pondération : engagé à dix-sept ans, pour la durée de la guerre, il a déserté deux fois; il a été longtemps soigné pour incontinence d'urine. B... vécut à Paris avec ses parents jusque vers l'âge de douze ans. Il eut une pneumonie à deux ans; jamais de convulsions ni de crises nerveuses. Intelligent et studieux, il acquit une bonne instruction primaire. Après le départ du père, la mère emmena ses enfants avec elle dans une sous-préfecture du Midi. B... y apprit le métier de typographe. « Il souffrit beaucoup de l'abandon de son père, dit Mme X..., quand j'évoque ces tristes souvenirs du passé, je revois toujours une figure de gamin grave et triste. Il avait une intelligence très vive, il pouvait espérer se faire une belle carrière; il dut dire adieu à tous ses rêves et abandonner ses études pour travailler. De la vie, il ne connut que les déceptions. Mais toujours très ferme dans ses idées, entêté même, il se raidit contre la destinée. »

L'affectivité de B... se manifeste dans une lettre qu'il adressa le 31 janvier 1916 à son père, en réponse à une lettre de celui-ci qui jusque-là n'avait pas donné signe de vie. Il écrit : « Ta lettre m'a laissé froid. Nous avons trop souffert par ta faute, mon cœur est mort pour toi. Il ne peut plus t'aimer, ni te haïr, il n'a plus souvenance de toi, il ne te connaît plus. Mon père, papa, ce nom que tant de fois dans mon enfance j'ai prononcé avec ferveur, pleurant de joie, tandis que je te sautais au cou après une longue absence... Puis les ans ont passé, années de souffrances morales et physiques, maman malade, l'hôpital... toujours la purée... sombres tableaux de la vie ouvrière, œuvres d'une lâcheté, la tienne. Maintenant, ce nom de père ne signifie plus rien pour moi. J'essaie de fouiller dans mon âme, d'y chercher l'excuse ou l'injure, c'est en vain, tout est mort. Cette indifférence, comprends-le, c'est ton œuvre, elle est pire que la haine. Quoique indifférent, je serai plus humain que toi, j'ai un peu de pitié, et puisque les extrêmes se touchent, je ne te souhaite pas une vieillesse comme la jeunesse de la famille que tu as brisée. »

Appelé avec sa classe, à dix-neuf ans, il partit plein d'entrain, et composa à cette occasion quelques vers, publiés par le journal de sa localité, le 1er janvier 1916, sous ce titre : « L'*Imberbe* », dont voici un extrait :

Certains ont défini ce qu'est un vrai poilu;
D'autres parlé des mœurs de ces êtres velus;
Et moi, jeune soldat de cette classe Seize,
La dernière venue, mais non la moins française,
Je viens vanter ici la valeur de l'Imberbe.

. . . . . .

Quand viendra le printemps, le jour de l'offensive,
Afin que la victoire arrive décisive,
Que les Boches maudits soient tous boutés dehors,
Avec les vieux poilus, vous les verrez, alors,
Partir tous à l'assaut dans un élan superbe,
Et malgré leur jeunesse, ils vaincront, les Imberbes.

. . . . . .

Envoyé au front en juin 1916, il prit part aux dernières batailles de la Somme, puis passa dans les secteurs de Verdun et de l'Argonne. Il y perdit bientôt son enthousiasme du début et se laissa peu à peu impressionner par des propos antimilitaristes ou des brochures pacifistes. Vers le mois d'avril 1917, il écrivait à sa mère des lettres où perçaient la lassitude et le découragement. En juin 1917, devant Saint-Quentin, il fut enterré, avec plusieurs camarades, dans une sape par l'explosion d'une torpille. Dégagé presque aussitôt, il n'eut ni blessure, ni commotion, mais il souffrit longtemps de la violente émotion qu'il avait éprouvée. Les moindres détonations le faisaient tressaillir, la vue d'un rat l'effrayait. Le son de la sirène, rappelant le sifflement des obus, lui faisait baisser la tête. En juillet 1917, il contracta une blennorragie. Son émotivité s'accrut et ses tendances défaitistes se fixèrent, par suite de son mécontentement : il se jugeait mal soigné. A la fin d'une permission, en décembre 1917, il déserta ; pendant deux mois, il erra dans le Sud-Ouest, prenant ses repas dans les cantines militaires où il se faisait passer pour un blessé. Arrêté en Narbonne, le 23 février, il fut condamné à deux ans de travaux publics, mais obtint une suspension de peine. Nullement corrigé par cette sanction, il continua à se nourrir de littérature anarchiste. En mars 1918, il eut une orchite. En même temps, il maigrissait. Traité pour anémie, à Bar-le-Duc, il fut envoyé en convalescence dans les premiers jours de juin, et c'est à l'expiration de ce congé que survint l'accès qui motiva son hospitalisation à Orléans. Il a été réformé n° 2, le 4 octobre 1918.

Son séjour de quatre mois au Centre améliora sa santé physique et ébranla ses convictions. A son départ, sans répudier complètement ses opinions, il s'avouait indécis, incapable de réfléchir. Rentré chez lui, il affecta, pendant quelques semaines, la plus profonde indifférence pour les nouvelles de la guerre, puis il se remit au travail et il finit par prêter son concours à une fête militaire.

Cette observation s'ajoute à celles, déjà nombreuses, qui ont établi la genèse des passions politiques chez les déséquilibrés. A ce point de vue, elle n'apprend rien. Je laisse donc de côté le jeune anarchiste pour m'occu-

©BIUM

per exclusivement de sa psychose transitoire qui m'a paru présenter quelques particularités.

Cette psychose s'est développée, à la faveur d'un mauvais état organique, sous l'influence primordiale d'une série d'émotions, qui ont d'abord modifié les idées et les sentiments de ce soldat. Les étapes de la conversion qui a transformé ce patriote ardent en anarchiste fanatique, sont en effet les suivantes : souffrances et déceptions au front, impression forte produite par des lectures et des propos de meneurs en mars-avril 1917, ensevelissement dans une sape en juin, préoccupations causées par une première blennorragie en juillet et par l'insuffisance de soins, désertion de révolté en décembre, arrestation, condamnation en février 1918. Ancré dans ses idées antimilitaristes, malgré les supplications de sa mère pour laquelle il a une affection profonde, malgré la crainte d'une sanction qu'il sait inévitable, B... décide de déserter une seconde fois. Cependant, il hésite; après un arrêt à Bordeaux, il prend le train qui le ramène à son unité et à mesure qu'approche l'heure de la détermination irrévocable, conscience et volonté s'affaissent : surgit alors la confusion mentale qui libère l'onirisme réalisateur de chimères.

La confusion mentale d'origine émotive, si souvent observée pendant la guerre, ne diffère pas essentiellement, dans ses grandes lignes, de la confusion mentale toxi-infectieuse. Toutefois, elle revêt souvent une allure un peu spéciale qui la fait méconnaître ou étiqueter de noms divers, tels qu'hypnose des batailles ou psychose hystéro-émotive. Elle se rapproche, en effet, de certains accidents mentaux classés dans l'hystérie, quand celle-ci n'est pas réduite au pithiatisme. Elle paraît, en outre, assez protéiforme dans ses manifestations. Charon et Halberstadt, sous la dénomination de confusion mentale psychogène, ont récemment (1) décrit trois groupes où prédominent tantôt l'onirisme simple, tantôt le syndrome de Ganser, tantôt le puérilisme. Avec d'autres auteurs, ils signalent l'allure théâtrale, pathétique de la psychose, le manque de sincérité apparent, la lucidité

(1) *Annales médico-psychologiques*, novembre 1918.

©BIUM

plus grande que dans les onirismes toxiques, la stabilité plus marquée du thème délirant.

Ces derniers caractères prirent chez B... un relief inaccoutumé, à tel point que, tout d'abord, on porta le diagnostic de délire d'imagination, sans penser à la confusion mentale. A première vue, en effet, ce délire imaginatif ne s'accompagnait d'aucun désordre psychique, d'aucune obtusion. La physionomie, loin d'être hébétée, paraissait éveillée. Point de lenteur de l'idéation, mais au contraire des réponses précises, des reparties promptes. Point de distraction non plus ; sans doute l'attention se dispersait vite, mais d'un mot on la fixait. Contrairement aux hystériques dont on a dit que l'idée fixe ou le somnambulisme tenait à la distraction plus qu'à la confusion, B... était assez présent à l'examen et n'avait aucun signe d'anesthésie sensitivo-sensorielle. Bref, le jeu quasi-normal des fonctions psychiques masquait la perte de conscience qui ne fut définitivement établie que par l'amnésie consécutive.

D'autre part, la singularité et l'énormité des réponses associées, semblait-il, à une pointe de raillerie, le maniérisme et les stéréotypies du langage et de la mimique, la persistance d'une moue dédaigneuse (liée en réalité au sentiment de supériorité et au mépris de l'entourage), faisaient pencher soit vers le diagnostic de démence précoce, soit vers celui de simulation, hypothèses infirmées par la suite.

La formule de ce délire, en quelque sorte opposée à celle du puérilisme, est également curieuse et rare. Ce n'est point une régression de la personnalité, mais une progression, une projection dans l'avenir ; ce n'est point une ecmnésie, mais une paramnésie d'anticipation par laquelle le sujet se vieillit de trente-deux ans, et calcule, sans jamais se tromper, l'ancienneté des événements d'après l'âge qu'il s'attribue. L'évocation des souvenirs récents ou anciens et leur localisation sont tout à fait conformes au calendrier adopté. A ce point de vue, il n'est pas possible de dire que le malade soit désorienté dans le temps. Il ne l'est pas davantage dans le lieu : il connaît le nom de l'endroit où il se trouve et il sait d'où il vient.

Par contre, symptôme important et caractéristique

©BIUM

de l'onirisme que j'ai retrouvé dans un autre cas de délire systématisé du même ordre (1), B... a, pour le présent, complètement perdu la notion de durée. La date qu'il donne est toujours celle du début de son accès. Lui demande-t-on depuis quand il est hospitalisé, invariablement, il répond qu'il vient d'arriver. De même, quelques jours après son entrée, il affirme sans le moindre étonnement, qu'il voit aujourd'hui pour la première fois les personnes qui l'entourent. Donc, si la mémoire de reproduction est conservée, la mémoire de fixation est abolie. Cette absence de fixation des images explique l'amnésie postérieure.

Corollaire de ce symptôme apparaît la fixité du délire qui resta constamment figé dans les mêmes expressions stéréotypées. C'est là un caractère anormal de l'onirisme dont les conceptions et les hallucinations sont ordinairement mobiles, contradictoires ou embrouillées. De plus, ici, les hallucinations font complètement défaut.

Malgré son aspect cohérent et systématique, malgré la vivacité de quelques réponses, ce délire imaginatif a pour caractère dominant la pauvreté et la monotonie. Réduit à un petit nombre d'associations, il est facile d'en déceler l'automatisme. Tantôt c'est l'épanouissement des idées pacifistes, tantôt le refoulement des souvenirs pénibles remplacés par l'idée de satisfaction et de richesse ou par le dénigrement de la guerre, et encore par la substitution de repas d'ogre aux restrictions familières. Bien minime dans tout cela, le rôle de l'imagination créatrice : aussi bien essaie-t-on de faire combler par des fabulations le vide des trente-deux années factices, on n'obtient que cette réponse d'ouvrier typographe vaniteux : « il imprimait » ! Bref, ces fonctions psychiques, que l'on pourrait croire assez actives, sont en réalité très ralenties et très restreintes, gouvernées par l'automatisme et non par l'attention volontaire.

En résumé, conservation apparente de la lucidité contrastant avec une inconscience totale, fixité d'un

(1) Rayneau et Capgras. Quelques cas d'états seconds séquellaires de commotion. Obs. IV. *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, décembre 1917, p. 103.

©BIUM

délire imaginatif réduit à un cercle étroit d'associations d'idées automatiques, absence de troubles sensoriels, paramnésie d'anticipation, arrêt de la mémoire de fixation et perte du sens de la durée sans dysmnésie de reproduction, guérison brusque, amnésie lacunaire consécutive, émergence passagère d'idées de grandeur et de persécution secondaires, tels sont les caractères principaux de ce délire onirique émotif. Ils permettent de conclure que, contrairement à l'avis de certains auteurs, aucun symptôme essentiel, malgré des discordances superficielles, ne le sépare de la confusion mentale.

DISCUSSION

M. Briand demande à M. Capgras combien de temps a duré le délire de ce malade et s'il a présenté des vertiges.

M. Dupain demande si le malade a été réformé.

M. Capgras. — Le délire a duré pendant six jours. Le malade n'a pas présenté de vertiges. Proposé pour la réforme temporaire après quatre mois de séjour dans le service, il a été réformé n° 2 par la Commission qui eut à statuer.

Un écrit familial d'aliénés,

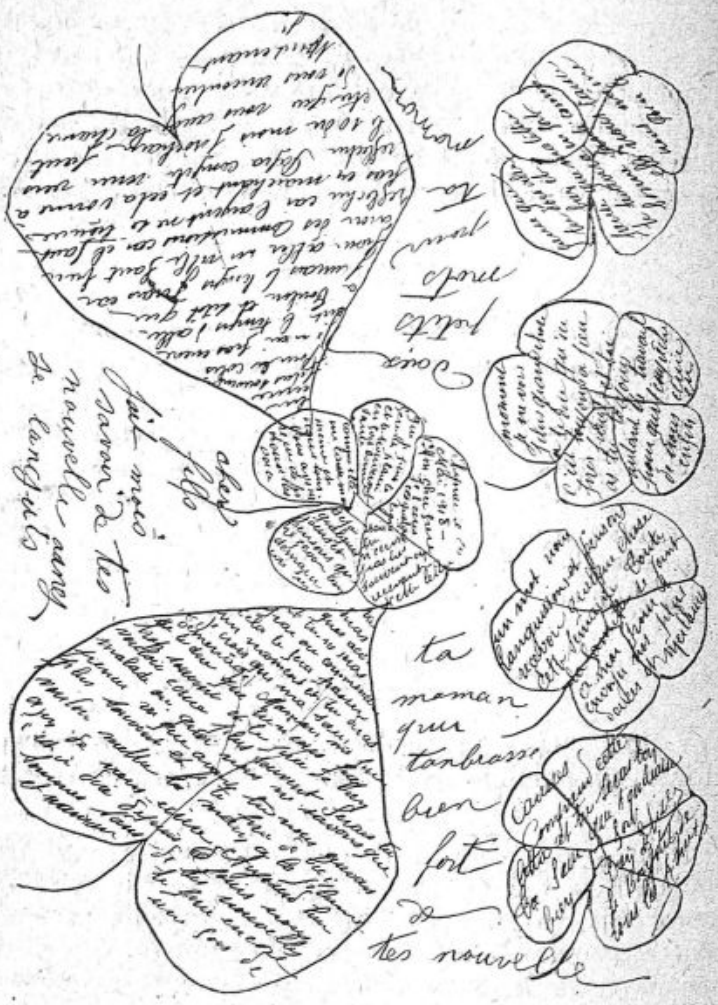
Par MM. Chavigny, médecin principal, et Brousseau, médecin aide-major du Centre de neuro-psychiatrie de...

Nous avions eu en traitement dans notre service un soldat, R..., âgé de vingt et un ans, qui y vint une première fois, le 16 avril 1918, et y présenta une très courte période d'état dépressif, caractérisé simplement par un peu de lenteur de l'idéation et un léger degré de tristesse. Bientôt guéri de cet incident, il regagnait son corps. Trois mois plus tard, il nous revenait en plein état maniaque. C'était donc un état alternant maniaco-mélancolique, bien typique, et ce malade fut réformé.

Le père de ce malade est normal et bien portant; sa mère a dû être internée à diverses reprises. La famille se

©BIUM

compose de cinq enfants, dont notre malade était l'aîné. Sa sœur cadette, âgée de dix-sept ans, a, depuis trois ans, de grandes crises convulsives au cours desquelles elle ne perd pas connaissance. Les autres enfants, plus



jeunes, n'ont encore présenté aucun accident nerveux.

Un jour, notre malade reçut de sa famille une lettre dont nous donnons la reproduction ci-contre. C'est un écrit symbolique, présentant ce caractère original d'être une lettre familiale typique d'aliénés. La conception générale de cet écrit est due à la sœur âgée de dix-sept

ans, celle qui a eu des crises. Sur le papier, elle a tracé deux sortes de grandes feuilles de lierre, puis cinq autres feuilles plus petites, représentant grossièrement des sortes de trèfles à cinq feuilles ; cet ensemble représenterait les deux parents et les cinq enfants. Elle a ensuite garni tout l'intérieur de ces feuilles de la correspondance adressée à son frère. Retrouver la suite du discours entre toutes ces feuilles demande quelques minutes d'attention. Les intervalles libres et qui constituent en quelque sorte le fond du tableau a ensuite été utilisé par la mère, qui y a ajouté quelques mots de correspondance.

DISCUSSION

M. DUPAIN. — Ce sont des documents que l'on rencontre de temps en temps dans les asiles. Il est intéressant que cette lettre ait été écrite au fils aliéné par la mère et la fille, toutes deux présentant des troubles psychiques, mais non internées. Le texte se lit très bien dès qu'on a trouvé l'ordre dans lequel il convient de le lire.

Un cas de désagrégation mentale,

Par M. le médecin principal de 2e classe, CHAVIGNY,
Médecin-chef d'un Centre de neuro-psychiatrie.

Le professeur Lépine a fait remarquer avec raison que la période de guerre avait renouvelé, en quelque sorte, la physionomie de la médecine mentale (1). En effet, s'il n'y a pas, à proprement parler, eu de formes mentales nouvelles, il y a eu toutefois des modifications fort perceptibles de celles qu'on connaissait, surtout en ce qui concerne leur origine et leur évolution. Parfois même le type mental observé est de formule imprévue. Les cas rares sont ceux qu'il est le plus important de noter, parce qu'ils pourraient fort bien être tenus pour simulés, si la situation militaire de l'homme atteint permettait d'élever un doute sur sa sincérité.

(1) Lépine. *Troubles mentaux de guerre.* 1917, Introduction, p. 5.

©BIUM

J'ai eu ainsi occasion d'examiner assez longuement un sujet dont les troubles mentaux ne m'ont paru rentrer exactement dans aucun des cadres classiques de la psychiatrie. On aurait pu, évidemment, se dispenser de toute recherche ou hésitation, et gratifier ce cas de l'étiquette de démence précoce, mais ce diagnostic ne pouvait ni se défendre ni s'imposer (1).

Observation. — Le soldat F..., âgé de vingt et un ans, vient en observation au Centre de neuro-psychiatrie, le 28 mars 1918, avec les diagnostics de *mélancolie* ou *neurasthénie*. Il est accompagné à son entrée d'une observation très détaillée indiquant que depuis trois semaines environ, très déprimé, il présentait de l'inappétence, avec tendance au refus des aliments, de l'insomnie fréquente. En outre, il montrait quelques vagues idées de persécution et se préoccupait exagérément de certains détails insignifiants du service.

Il était devenu peu à peu incapable d'obéir aux ordres donnés, semblant à peine les comprendre.

Antécédents héréditaires. — Père mort jeune d'une pleurésie. La mère a été longtemps soignée pour neurasthénie. F... appartient à une famille de sept enfants, tous vivants et bien portants. Cependant, une sœur a présenté des troubles analogues à ceux de la mère.

Antécédents personnels. — Dans son enfance, F... a eu de l'incontinence nocturne d'urine jusque vers l'âge de six ans. Cet accident ne paraît pas s'être produit chez ses frères et sœurs.

En somme, la famille et le sujet lui-même ne sont pas indemnes de tares psychopathiques.

D'après les renseignements fournis par sa famille, F... n'a jamais été très vigoureux. Cultivateur, travaillant chez ses parents, il était obligé de se ménager, pour ne pas dépasser la limite de ses forces.

Pas de maladies vénériennes.

Mobilisé en janvier 1916, il est arrivé au front en janvier 1917 et n'a jamais été blessé ni évacué pour maladie.

A son entrée, F... donne, à un examen superficiel, l'impression d'être atteint d'un certain degré de torpeur intellectuelle, il répond péniblement et à voix basse aux questions qui lui sont posées et il est de suite noté comme malade d'interprétation difficile, parce qu'il ne se classe ni comme mélancolique, ni comme confus, ni comme dément.

(1) Voir *Encéphale*, 1912, n° 3. La démence précoce. Groupe des schizophrénies. Bleuler, 299.

©BIUM

C'est peu à peu, et seulement après une observation prolongée pendant plus d'un mois que son type de trouble mental s'est enfin dégagé, catégorisé, à mesure qu'on approfondissait mieux ce cas. Il est devenu bien apparent qu'il était très exceptionnel.

Loin d'être indifférent à ce qui se passe autour de lui, si on cause dans la salle ou lorsqu'un bruit quelconque s'y produit, immédiatement, F... tourne aussitôt la tête de ce côté et pour un instant, ses yeux suivent les mouvements de ceux qui l'entourent. De même, quand, pendant la visite, des médecins causent autour de son lit, ses regards se fixent à tour de rôle sur ceux qui parlent et il a, en cela, un peu de l'attitude de l'aprosexique.

Le fait essentiel, dans son état, est qu'il a conservé une certaine initiative d'activité ; cependant, cette initiative est comme fragmentaire. Tout à coup, par exemple, F... quitte sa salle. On croirait que soudain il a une idée et qu'il la suit. Il descend avec décision les deux étages jusqu'au rez-de-chaussée de l'hôpital, puis là, il s'arrête comme perdu et reste pendant un temps prolongé au pied de l'escalier, ne sachant pourquoi il est là, ne prenant aucune décision ni pour s'en aller, ni pour revenir. Il n'a plus aucun souvenir de l'idée initiale qui l'a mis en route.

Quand, au contraire, on le rencontre au début d'une de ces initiatives de mouvement et qu'on l'interroge, il donne une explication qui, sans être complète, réfléchie, fournit, au moins, une raison d'être de son attitude.

Très souvent, par exemple, il se met ainsi en route, parce qu'il veut aller à la gare pour porter une dépêche afin d'avoir des nouvelles de ses parents ; mais il ne sait pas où est la gare et son acte est semi-automatique. On apprend, en effet, que son initiative résulte du mélange d'une préoccupation actuelle (avoir des nouvelles de sa famille) avec le souvenir du bureau de télégraphe qui, dans son pays, est dans la gare. D'autre part, il a reçu des nouvelles récentes de ses parents, mais il ne s'en souvient plus.

Il y a du ralentissement des actes complexes de la vie habituelle. Ainsi, à l'heure du repas, il faut le prendre par la main pour l'amener au réfectoire, à sa place ; il faut lui donner l'ordre de manger ; il mange, mais a besoin de beaucoup plus de temps que ses camarades. De temps en temps, sans motif, il s'arrête, ayant presque l'air de réfléchir, et il faut l'inciter à nouveau à continuer. Il est encore à table un quart d'heure après que les autres ont terminé.

Il n'existe chez ce malade aucune idée délirante quelle qu'elle soit.

Il lui est seulement arrivé, dans la période de début, d'avoir une

©BIUM

fausse interprétation. Pendant plusieurs jours, il persistait à me reconnaître comme étant le lieutenant-colonel qui commandait son régiment. Peu à peu, cette interprétation a disparu.

A aucun moment, il n'y a eu de confusion mentale, ni dans le temps ni dans l'espace. F... savait d'où il venait, où il était, depuis combien de temps il y était, etc.

Il était impossible de s'arrêter au diagnostic de confusion mentale, l'un de ceux dont le tableau symptomatique se rapprochait pourtant le plus de l'état observé. Il n'existait d'autre part aucun signe d'un état démentiel, même à ses débuts. F..., qui avait un degré suffisant d'instruction, n'a jamais été considéré, autrefois, comme débile intellectuel.

La caractéristique, en somme, de l'état observé, c'est un état de fragmentation de l'activité intellectuelle. Il semble que ce soit une mentalité dans laquelle des fissures irrégulières, des failles se soient produites et les différents fragments restants s'accrochent mal, joignent mal. Cette fragmentation n'est pas systématisée. Elle n'intéresse pas plus spécialement un cycle d'idées ou de fonctions cérébrales. La mémoire, ni le jugement, ni la volonté, ni la perception ne sont plus intéressés l'un plus que l'autre. Les lacunes sont globales.

Il semble que, pour donner une image tangible des opérations mentales de ce sujet, on puisse se servir du terme d'*activité insulaire*. Ce sont des sortes d'îlots qui, tout à coup, émergent. La pensée du malade y commence sa course, une promenade, mais bientôt il va arriver à la rive opposée et le terrain va manquer sous ses pas. Il semble en effet que le sujet, de temps en temps, débute dans un raisonnement normal, il se laisse alors aller à l'activité physique et mentale qui correspond à l'idée initiale. Tout, dans ses actes, dans sa façon de faire et de se conduire, est alors parfaitement cohérent, même le rythme mental a sa cadence normale, il n'est pas ralenti. La série d'idées qui occupe à ce moment le sujet se développe pendant deux minutes, quatre minutes, quelquefois même dix minutes, puis, brusquement, tout s'arrête, l'enchaînement se rompt, les mouvements correspondants se suspendent, le sujet semble réellement perdu, égaré, il reste immobile là où il était, incapable alors d'expliquer pourquoi il y est venu. Il semble qu'il se soit arrêté sur le bord d'une rupture de ses idées. Il n'y a d'ailleurs, nous l'avons dit, aucune systématisation, ni dans ses pensées, ni dans ses actes et les tableaux d'activité fragmentaire sont différenciés d'un jour à l'autre. Indifféremment, il commence une des séries mentales qui, normalement, peuvent se trouver dans l'esprit d'un cultivateur; mais, uniformément, quelle qu'ait été l'idée motrice première, il s'arrête toujours de la même façon.

©BIUM

L'évolution de ce cas a été lente, avec oscillations vers la guérison. A une huitaine d'intervalle, on percevait une amélioration, puis une légère rechute se produisait pendant quelques jours, et la convalescence suivait ensuite son cours. A aucun moment, il n'y a eu de troubles somatiques perceptibles ni aucune modification des réflexes ou de la sensibilité.

DISCUSSION

M. JUQUELIER. — Il me semble que le diagnostic le plus vraisemblable est celui de confusion mentale.

M. DELMAS. — Il est fâcheux que l'on manque de renseignements sur l'évolution ultérieure.

Confusion mentale par tumeur cérébrale chez un combattant,

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BONHOMME.

F. (Jean), du 73e d'artillerie, vingt-huit ans, du Finistère, entre à l'hôpital de Maison-Blanche (service des confus), le 9 novembre 1917, pour confusion à forme mélancolique. M. Briand envisage la possibilité de l'internement.

Nous avons peu de renseignements sur son passé militaire. Incorporé en 1910 comme auxiliaire, il fit deux ans de service actif. Classé service armé en novembre 1914 au 3e régiment d'artillerie à pied, il fut versé le 1er août 1917 au 73e régiment A. L. G. P., ce qui coïncide probablement avec son départ au front. Pendant toute cette période il n'est fait nulle mention d'un séjour à l'hôpital.

Evacué de son corps pour « neurasthénie, céphalée, troubles digestifs persistants (accidents éthyliques) » le 30 octobre, M. Mignard, à l'ambulance 16/VII, l'évacue à l'intérieur le 7 novembre pour « confusion mentale avec idées délirantes d'origine éthylique probable ».

A son entrée, nous constatons une désorientation complète dans le temps et dans l'espace : il ne peut nous donner aucun renseignement sur l'endroit d'où il vient : « Il y avait un parc, un oiseau... ils ont passé... il a brûlé. Les Boches ont été enterrés, on a démoli leurs trous en face de nous... » Il bredouille ainsi des membres de phrase incompréhensibles.

La langue saburrale, cependant sans trémulation, le facies coloré, presque vultueux, rendent vraisemblable l'origine alcoo-

©BIUM

lique de cet état. Il paraît souffrir de la tête sans se plaindre spontanément.

Le sommeil est mauvais, agité : « Il y a du monde autour de moi qui m'empêche de dormir. » En réalité ce ne sont pas des hallucinations visuelles, mais auditives. Les réflexes sont normaux, les pupilles réagissent bien. Il n'y a pas de fièvre.

Il est difficile de faire un examen mental complet, étant donné cet état de confusion avec torpeur. Cependant il semble que parfois le malade prend un mot pour un autre, sans agraphie, ni alexie. Il y a un peu d'apraxie et d'asymbolie bilatérales : mais ces signes paraissent relever de l'état d'obtusion. Enfin, il présente de l'écholalie, de l'échomimie.

Comme signe physique on note seulement une constipation tenace, nécessitant des lavements fréquents. Peu à peu l'état général devient moins bon qu'à l'entrée; le malade maigrit rapidement : il s'alimente bien néanmoins, mais le teint terreux, le facies grippé font craindre une issue rapide.

Une ponction lombaire est faite le 28 novembre en position assise. Pression à l'appareil de Claude : 90: 2 lymphocytes par mm. cube, à la cellule de Nageotte; mais 0 gr. 71 d'albumine par la méthode Sicard et Cantaloube (chiffre très élevé puisque le sédiment atteignait le dernier trait gravé sur le tube).

La ponction se passe sans incident et le lendemain le malade est un peu mieux; il est vrai que l'on avait donné également un lavement purgatif ayant amené une abondante évacuation. Néanmoins le malade paraît plus éveillé, il s'assied sur son lit et répond correctement aux questions.

Mais, le 1er décembre, F... est moins bien : il a été agité pendant la nuit, il a uriné contre le mur, derrière son lit; il a bu difficilement le café du matin. Brusquement, vers neuf heures, l'agitation tombe, le malade est inerte : les quatre membres paraissent atteints de paralysie flasque absolue ; tous les réflexes tendineux et cutanés sont abolis. Respiration stertoreuse : 16 à la minute. Pouls à 60, bien frappé. Les pupilles sont égales. Aucune déviation des yeux, ni de la tête.

A 12 heures, brusquement encore un nouvel accès d'agitation : en se débattant, le malade a failli tomber de son lit, il a gâté. Les mouvements ne ressemblent pas à ceux des crises épileptiques. Au bout de 45 minutes, la quadriplégie reparaît, le facies est tiré, le pouls faiblit et le malade s'éteint doucement, sans autres phénomènes, le même jour, à 22 heures.

A l'autopsie, on constate de solides adhérences du lobe temporal gauche à la dure-mère : une partie du lobe se déchire et reste attaché à la méninge. Le cerveau extrait de la boîte crânienne, on énuclée aisément une tumeur, qui occupe la plus grande partie du lobe temporal, dont la partie restante est

entièrement diffluente et dans laquelle il est impossible de reconnaître aucune structure. La tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, dure, à surface irrégulièrement bosselée, est de couleur généralement jaune, parsemée de zones hémorragiques, les unes anciennes, les autres récentes. Le reste du cerveau ne présente rien d'anormal.

Sur un fragment de la tumeur inclus à la paraffine, on remarque immédiatement une large zone de bourgeons néoplasiques qui sépare deux régions distinctes.

1° Les bourgeons néoplasiques sont essentiellement constitués de cellules allongées à noyaux en général uniques et quelquefois multiples ; leur protoplasme peu acidophile n'envoie pas de prolongements allongés. Un noyau, gros, ovale et assez clair est parfois bourgeonnant et plus chromatique. Au milieu de ces cellules est un stroma conjonctif qui se confond insensiblement avec elles et qui contient des vaisseaux dont beaucoup sont réduits à une seule paroi endothéliale. Il arrive même par endroits que les cellules endothéliales de cette paroi sont remplacées par des cellules néoplasiques.

On voit par cette description sommaire qu'il s'agit non d'un gliome, mais de sarcome fuso-cellulaire.

2° La zone qui répond à la convexité des bourgeons néoplasiques se caractérise par un squelette vasculaire relativement intact au milieu d'un tissu en pleine désintégration.

On trouve en effet des corps granuleux typiques avec toutes les transitions des mononucléaires moyens et des cellules conjonctives aux plus volumineux macrophages. Ceux-ci à noyaux parfois gigantesques contiennent souvent dans leur protoplasma des fragments d'hématies encore reconnaissables, ou celui-ci est uniformément teinté par l'hémoglobine de ces fragments. Ces noyaux de macrophages se distinguent de ceux des éléments sarcomateux les plus périphériques par leur forme plus irrégulière. On voit aussi des polynucléaires qui contiennent parfois dans leur protoplasma des fragments d'hématies. Celles-ci sont répandues dans le tissu nerveux ramolli à la faveur des hémorragies.

En somme, on trouve ici les diverses figures caractéristiques du ramollissement cérébral aseptique, y compris la cytolyse des éléments nerveux et la transformation des cellules névrogliques en astrocytes lipophores.

3° La troisième région à envisager est celle qui se trouve dans la concavité des bourgeons néoplasiques. Riche en éléments vasculaires elle est formée d'un tissu conjonctif très raréfié et très pauvre en noyaux.

Il s'agit de la phase éteinte d'un processus dont nous avons vu la période active dans la deuxième zone. Il résulte de cette

©BIUM

description que ce sarcome fuso-cellulaire paraît avoir eu une évolution assez lente.

L'absence des signes classiques de tumeur cérébrale est fréquente et de tels faits sont bien connus actuellement. La confusion mentale, que présentait ce malade, ne permettait pas de le distinguer des autres malades de cette catégorie. Cependant, il est assez curieux de noter que cet homme, dont le sarcome a été une découverte d'autopsie, a pu faire un service prolongé alors que sa tumeur — comme l'établit l'examen histologique — datait évidemment de longtemps et, peut-être, remontait même à une époque antérieure au commencement de la guerre.

DISCUSSION

M. Anglade. — Etant donné le siège de la tumeur au niveau des circonvolutions temporales gauches, je suis très surpris que cette tumeur ne se soit pas accompagnée, au cours de son évolution, d'un syndrome d'aphasie, de jargonaphasie. Dans les tumeurs intéressant la région temporale *gauche*, j'ai toujours constaté des troubles du langage accompagnant les signes de tumeur cérébrale. Chez les aliénés, ces derniers symptômes ne se rencontrent habituellement pas, à l'exception d'un état de torpeur cérébrale qui ne manque jamais. Pour ma part, sauf chez les gauchers où cela s'explique, je n'ai pas vu un seul cas de tumeur ou d'abcès intéressant la partie moyenne ou le tiers postérieur de la deuxième circonvolution temporale gauche, sans troubles du langage. Ces troubles du langage ne s'accompagnent pas de surdité verbale. J'ai encore pu le constater il y a huit jours en examinant un cerveau que m'a remis M. Cruchet. Rien que par l'examen anatomique, j'ai pu reconstituer l'histoire clinique du malade. Je ne crois pas qu'il y ait à l'heure actuelle de localisation cérébrale mieux établie que celle des troubles du langage dans les lésions du lobe temporal gauche. Ces troubles ne peuvent manquer, surtout quand tout le lobe est détruit comme dans le cas présent.

M. Bonhomme. — Toute la corticalité du lobe temporal gauche était, en effet, détruite. Cependant, il

n'a été observé par M. Revault d'Allonnes, ni par moi, aucun trouble du langage, ni paraphasie, ni jargonaphasie. La torpeur cérébrale même n'était pas très prononcée.

M. PIÉRON. — Ne s'agissait-il pas d'un gaucher? Il n'y aurait alors aucune contradiction et l'absence de troubles du langage s'expliquerait malgré cette destruction du lobe temporal *gauche*.

M. ANGLADE. — Il importe de trancher ce point.

M. BONHOMME. — Je n'ai aucune indication à ce sujet.

La séance est levée à six heures.

Les secrétaires des séances,
P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

SÉANCE DU 28 AVRIL 1919

Présidence de M. DUPAIN, président.

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

MM. Anglade, Bonhomme, Bussard, Chavigny, Conrbon, Dupouy, Levassort, Mignard, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. André Collin et R. Mallet, qui remercient la Société de leur nomination de membre titulaire;

2° Une lettre de M. Bedford Pierce, superintendant de la Retraite d'York, président de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande, qui demande à faire partie de la Société à titre de membre associé étranger. — Commission : MM. Arnaud, Chaslin et Semelaigne, rapporteur.

©BIUM

La correspondance imprimée comprend trois fascicules des travaux publiés par l'Ambulance de l'Océan La Panne, sous la direction du Dr A. Depage. Secrétaires de la rédaction, Drs A.-P. Dustin et G. Debaisiaux. Cette publication est dédiée à la reine Elisabeth. Il s'agit de la fondation, de l'organisation, de l'évolution de l'Ambulance de l'Océan, à la Panne, en Belgique, au bord de la mer du Nord, à 10 kilomètres au sud-ouest de Nieuport.

Réponses aux messages de félicitations adressés par la Société (1).

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — J'ai reçu du secrétaire général de l'Association médico-psychologique de Grande Bretagne et d'Irlande la lettre suivante en réponse au message que j'ai adressé en votre nom à cette société savante :

Hôpital mental de la Cité de Londres, près Dartford, Kent.

10 mars 1919.

Cher Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer que votre lettre au Président, datée du 8 décembre 1918, a été lue à la réunion trimestrielle qui a eu lieu à Londres le 20 février 1919.

Elle a été vivement appréciée, et j'ai été chargé de vous répondre et de vous remercier pour votre aimable et sympathique message.

Le peuple de Grande-Bretagne n'avait jamais pu se représenter pleinement, comme il le fait maintenant, toute la bravoure et toute la gloire militaire de votre grande nation, et nous avons été fiers d'aider à délivrer le monde d'un fléau qui menaçait d'éteindre la vraie culture.

Notre président a exprimé les sentiments de toute l'assemblée lorsqu'il parla de « notre éternelle admiration pour nos vaillants camarades de France ».

La réunion annuelle de l'Association aura lieu à York probablement en juillet, et j'ai été expressément chargé d'inviter un ou plusieurs d'entre vous à venir, à cette occasion, représenter votre Société.

---

(1) Suite. — V. les *Annales* de mars 1919, p. 131.

©BIUM

Le président élu est le Dr Bedford Pierce, superintendant médical de la Maison de retraite d'York.

Croyez-moi votre très sincèrement

R. H. STEEN,
Secrétaire général.

A cette lettre officielle, M. le Dr Steen a joint une lettre qui m'est adressée personnellement et dont je vais vous lire la traduction.

10 mars 1919.

Cher Monsieur Ritti,

Je joins à la présente lettre la lettre officielle de notre Association. Je tiens à vous rappeler les liens intimes qui existaient entre Pinel et Tuke de la Retraite d'York. En 1892, aux fêtes du Centenaire de cette Retraite, le Dr René Semelaigne était présent comme représentant de la famille de Pinel. La lettre ci-jointe est mon dernier acte officiel de secrétaire de l'Association. Le nouveau secrétaire est le major R. Worth, de l'hôpital mental de Springfield, Londres, Tooting. S. W. 17.

Croyez-moi votre très sincèrement

R. H. STEEN.

Il me semble que la Société ne peut faire autrement que de répondre à l'invitation de nos collègues anglais et de déléguer un des nôtres à la prochaine réunion de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande.

M. le Dr H. COLIN accepte en principe la mission de représenter la Société auprès de nos collègues anglais.

Déclaration de vacance de trois places de membre titulaire.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, le Bureau vous propose de déclarer vacantes trois places de membre titulaire. La commission d'examen des titres des candidats sera nommée au début de la prochaine séance. (Adopté.)

Renouvellement du vœu de la Société pour la réunion à Strasbourg, en 1919, du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes.

M. H. COLIN. — Dans sa séance du 25 novembre dernier, sur la proposition de M. Ritti, la Société mé-

©BIUM

dico-psychologique a émis le vœu que la ville de Strasbourg fût choisie comme siège de la prochaine session du Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française. Le Bureau sait-il s'il y a quelque chance que cette réunion pût être fixée au mois d'août prochain? Beaucoup d'entre nous croient qu'il serait intéressant de visiter dès maintenant les asiles organisés par les Allemands en Alsace-Lorraine.

M. VALLON. — Sans doute, il y a de grandes difficultés matérielles qui s'opposent à la satisfaction du vœu que nous avons émis, et cependant il y aurait un intérêt considérable à tenir cette année même, à Strasbourg, une session de Congrès. Je propose donc que la Société renouvelle le vœu émis par elle à la séance du 25 novembre dernier.

M. LE PRÉSIDENT. — Le Bureau fera le nécessaire auprès du secrétaire du Comité permanent et auprès du Président du prochain Congrès.

M. ARNAUD. — Les rapports qui étaient destinés au Congrès de Luxembourg sont prêts. Mais y a-t-il dans la région un collègue qui puisse assumer les fonctions de secrétaire général?

M. R. CHARPENTIER. — M. Lalanne, de Nancy, devait être le secrétaire général du Congrès de Luxembourg. Il lui sera aussi facile de s'occuper des détails d'organisation du Congrès de Strasbourg.

En conclusion de ce débat, la Société vote, à l'unanimité des membres présents, le renouvellement du vœu émis dans sa séance de novembre dernier que le prochain Congrès des aliénistes et neurologistes se tienne à Strasbourg, dans le courant de cette année. M. le secrétaire général est chargé de transmettre ce vœu au Président de ce Congrès et au secrétaire du Comité permanent des Congrès annuels.

Tumeur du lobe frontal,

par M. V. SARAZIN (Service de M. le Dr H. Colin, médecin-chef de l'asile de Villejuif).

Nous vous présentons le cerveau d'un de nos malades décédé en novembre dernier dans le service de

notre maître M. le Dr Colin. C'est la pièce dont il fut question au cours des communications successives de MM. les Drs Hoven, Laignel-Lavastine et Victor Ballet, Bonhomme. Vous y remarquerez une tumeur assez volumineuse dont l'évolution fut particulièrement discrète.

Notre malade entre à Villejuif le 22 novembre 1918.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Lui-même, âgé de trente-huit ans, est marié, père de trois enfants. Il fut mobilisé comme mineur aux mines de Cransac dans l'Aveyron, après avoir fait campagne pendant quelques mois avec le 8e régiment d'infanterie coloniale.

A vingt-six ans il fut soigné pour dilatation d'estomac. Vers cette même époque il eut une crise de dépression anxieuse : dépression diurne, agitation anxieuse nocturne, refus d'aliments.

En juillet 1918 survient une première et unique crise épileptiforme : il tombe de son lit, se mord la langue. Il ne cesse pas son travail un seul jour et, le 7 octobre, il vient en permission à Paris.

Bientôt il se plaint de céphalée, ne mange plus. Un médecin-major, appelé, le fait hospitaliser le 22 octobre à l'hôpital Saint-Nicolas d'Issy-les-Moulineaux, avec les indications suivantes : grippe, hémoptysies. Il n'avait à cette date aucune température, on le soigne alternativement avec du sulfate de soude et des lavements à 5 ou 6 jours d'intervalle.

Le 9 novembre, la température monte à 38°8 le soir pour redescendre le lendemain à 37°8 et atteindre le 11, 40°6. Elle retombe ensuite à la normale.

Notre malade sort de l'hôpital Saint-Nicolas, le 18 novembre avec le diagnostic suivant : « Céphalée en casque persistante, dépression chez un débile. Suivant avis de M. le Dr Babinski, à évacuer sur l'hôpital du Val-de-Grâce, service de M. le Dr Briand. »

Le 22, M. le Dr de Fleury nous l'envoie avec le certificat qui suit :

« Dépression mélancolique avec atonie profonde diurne, agitation anxieuse nocturne, refus d'aliments. Première crise pareille il y a dix ans. »

Dans la nuit du 22, il n'est rien signalé à son sujet, sinon du gâtisme. Pas d'agitation.

Le 23 novembre, nous examinons le malade. Il est couché sur le dos, immobile, somnolent, les yeux fermés. Le visage est terreux, amaigri. Nous l'interpellons ; il entend, ouvre les yeux. Il ne cause qu'à voix basse et faiblement. Le plus sou-

©BIUM

vent il ne répond à nos questions que par un signe de tête ou de main.

Il paraît souffrir. « Où avez-vous mal? » Du doigt il désigne sa tête, son épaule gauche, sa gorge. L'examen de cette dernière nous montre une rougeur légère de la luette et des piliers du voile.

Le malade reconnaît sa femme arrivée à cet instant, l'embrasse, répond à ses questions par monosyllabes.

Dans son certificat immédiat, M. le Dr Colin le déclare : « atteint de dépression mélancolique, répond difficilement aux questions qu'on lui pose. Convalescent d'un accès de grippe ».

Dans la journée, le malade vomit le peu de lait qu'on réussit à lui faire prendre.

Le soir, à 9 heures, nous sommes appelés auprès de lui. Les veilleurs l'ont entendu pousser un cri, ils n'ont pas remarqué de convulsions, mais ont constaté que le malade respirait avec gêne. Nous le trouvons dans le coma, immobile, couché sur le dos dans la même position que le matin. La figure est violacée, les yeux non déviés et à demi fermés laissent voir des pupilles dilatées. La respiration est stertoreuse; le pouls fort n'est ni accéléré, ni ralenti. Pas d'écume, ni de sang à la bouche; le lit n'est pas en désordre, mais le malade a uriné sous lui.

Nous restons quelques minutes à son chevet. Brusquement, l'inspiration devient pénible, il y a cornage, tirage sus-sternal. La respiration s'arrête. Une légère saignée la fait reparaître.

Le malade reste dans le coma; à 11 h. 1/2 du soir il expirait.

Voilà donc un sujet qui a présenté il y a dix ans une période de dépression mélancolique avec anxiété, et en juillet 1918, une première et unique crise épileptiforme.

Mobilisé, il part au front; mis en sursis, il travaille sans interruption comme mineur jusqu'au 7 octobre 1918. Au cours d'une permission il tombe malade et est hospitalisé successivement à l'hôpital Saint-Nicolas d'Issy-les-Moulineaux, au Val-de-Grâce, enfin à Villejuif.

Jamais ce malade n'a présenté d'accidents paralytiques. Tous les médecins qui l'ont vu, neurologistes ou psychiatres, en font un déprimé.

Seules les circonstances de sa mort font penser à une affection organique du système nerveux central. Et en effet M. le D Colin attribuera le décès à une hémorragie bulbaire.

L'autopsie nous a donné les résultats suivants :

Sclérose pulmonaire du sommet du poumon droit avec quelques adhérences. Légère congestion des bases des deux poumons.

Les autres organes thoraciques et abdominaux sont normaux.

Les voies respiratoires supérieures ne présentent aucune lésion pouvant expliquer la dyspnée et le tirage sus-sternal.

A l'ouverture du crâne nous ne trouvons pas d'adhérences, le liquide céphalo-rachidien paraît normal.

L'hémisphère droit présente un effacement et une teinte ocreuse des circonvolutions de la région rolandique.

A la coupe nous voyons une tumeur du lobe frontal grosse comme un œuf de poule, sous-corticale intéressant la frontale ascendante. M. le Dr Klippel, qui a bien voulu se charger de l'examen histologique, a diagnostiqué un gliome jeune.

Le pédoncule cérébral gauche est très nettement atrophié. Enfin le bulbe est le siège d'hémorragies punctiformes.

DISCUSSION

M. Anglade. — Voilà encore une observation où les signes cliniques habituels des tumeurs cérébrales ont fait défaut. Il en est souvent ainsi chez les malades d'asile, et j'en conclus que la question des tumeurs cérébrales est à reviser. Pourtant, le symptôme qui ne manque jamais, c'est la torpeur, l'abrutissement; et c'est probablement ce que les auteurs, chez leur malade demeuré vingt-quatre heures seulement dans leur service, ont appelé dépression.

Par contre, le syndrome classique des tumeurs cérébrales existe parfois chez certains déments séniles, à l'autopsie desquels on trouve simplement des lacunes. Rien n'y manque, céphalée, vomissements faciles et même amaurose. L'examen de l'ophtalmologiste lui-même ne permet pas le diagnostic différentiel.

M. Truelle. — A l'appui de ce que vient de dire M. Anglade, je puis citer un cas tout récent. Il s'agit d'une femme de soixante ans, atteinte depuis longtemps d'hémiparésie droite et qui présenta le syndrome des tumeurs cérébrales avec attaques épileptiformes, céphalée, vertiges, vomissements, torpeur, somnolence, puis état subcomateux terminé par la mort. A l'autopsie faite ces jours-ci je ne trouvai pas de tumeur cérébrale mais de la leptoméningite sans adhérences, des lacunes et deux foyers de ramollissement.

M. Piéron. — Il est très intéressant de voir que des états lacunaires peuvent s'accompagner d'un syndrome semblable à celui déterminé par des troubles de compression.

©BIUM

Il est possible que la diminution de pression produise des effets analogues à l'excès de pression. Il peut y avoir, dans certains cas, un déséquilibre de la pression par soustraction, par exemple dans l'émission rapide de liquide céphalo-rachidien. Beaucoup de commotionnés sont très sensibles à une soustraction même minime de liquide céphalo-rachidien et y réagissent par de la céphalée, des vertiges et des vomissements. Certains auteurs ont trouvé des modifications de l'aspect histologique des plexus choroïdes qui permettent de penser que la production compensatrice de liquide céphalo-rachidien ne s'effectue peut-être pas assez vite. Aussi ai je essayé d'y suppléer par l'injection de liquide céphalo-rachidien artificiel. Je n'ai pas continué à cause de la réaction fébrile consécutive, mais, par ce procédé, les troubles étaient assurément moins durables.

M. Bonhomme. — Pourtant, chez les commotionnés, la pression du liquide céphalo-rachidien est généralement exagérée.

M. Piéron. — Il faut distinguer, à ce point de vue, deux éléments, bien mis en lumière par Bar : d'une part, la quantité du liquide, d'autre part, sa tension due à un mécanisme régulateur. Chez les commotionnés, l'hypertension du début tombe très vite lors de la ponction et la tension reste ensuite basse pendant longtemps parce que le liquide ne se reproduit pas vite. En dehors de l'hypertension par hypersécrétion, il faut envisager aussi un mécanisme de régulation permanent dans certaines conditions pour certaines quantités de liquide.

M. Briand. — J'ai reçu récemment la visite d'une mission médicale japonaise. Ces médecins, qui étudiaient les modifications du liquide céphalo-rachidien, étaient d'avis que sa pression varie non seulement avec les mouvements respiratoires, mais aussi avec les mouvements de la tête. De telle sorte que certains des troubles dus à la modification de la pression du liquide céphalo-rachidien peuvent être atténués par la position donnée à la tête.

Délire de supposition avec idées de persécution non systématisées. Paroxysme interprétatif avec idées de jalousie et tendances persécutrices,

par M. HENRI BEAUDOUIN,
Interne des asiles de la Seine.

L'observation suivante a pu, grâce à l'examen de plusieurs dossiers, être rendue assez complète. Il s'agit d'un instituteur que j'ai été appelé à examiner sur la demande du Préfet, au cours d'un congé, et en vue de sa mise en disponibilité ou de sa réintégration ; cet examen était le second pratiqué en quelques mois. Le sujet, convoqué à l'asile du chef-lieu, ne s'y est rendu que de mauvaise grâce, et sur les instances de sa femme qui l'y accompagnait; j'ai pu, en me rendant à son propre domicile, avoir avec lui un second entretien. Je l'avais naturellement informé de la mission dont j'étais chargé, et qui a abouti à la reprise de son service.

L... est, en 1914, mobilisé comme G. V. C., envoyé plus tard comme travailleur à l'arsenal de Tarbes, puis à Paris, dans un régiment territorial ; il n'a jamais été aux armées.

En octobre 1917, il doit, de par sa classe et sa profession, être renvoyé dans ses foyers : or, cette libération le joint à l'asile de Maison-Blanche, où il était depuis deux mois et demi traité par le Dr Bonhomme, à l'obligeance de qui je dois les renseignements suivants :

Evacué avec un billet d'hôpital ainsi conçu : « Troubles psychiques ; idées de persécution polymorphes. Conceptions érotiques. Idées de méfiance générale. Hallucinations auditives, visuelles et gustatives. Insomnie, volubilité, etc... » L... passe au Val-de-Grâce où M. Briand note « dépression mélancolique avec idées secondaires de persécution ».

D'après le Dr Bonhomme, il est impossible de mettre en évidence aucun trouble hallucinatoire, mais probablement des interprétations rétrospectives ; l'état de sub-excitation psychique disparaît bientôt et les idées de jalousie semblent peu tenaces. Si bien que M. Bonhomme écrit au Préfet de B... en concluant que L... pourra reprendre son service.

L... rejoint donc son poste, est examiné à la requête du

©BIUM

Préfet par le Directeur de l'asile, qui demande un congé de un mois, puis une prolongation de ce congé. C'est au cours de celle-ci que le Préfet me demande l'examen qui doit amener à une solution définitive.

Or, l'hospitalisation à Maison-Blanche a eu lieu à la suite d'une correspondance qui m'a été communiquée, et dont le début remonte à huit mois environ avant cette hospitalisation. Ce sont des lettres multiples, adressées soit au Procureur de la République, soit à l'Inspecteur d'académie de B... et dont je vais maintenant, par ordre chronologique, donner les passages essentiels.

Dès novembre 1916, il demande audience à l'Inspecteur « pour communication confidentielle concernant un membre de ma famille;... de bien vouloir, le cas échéant, m'accompagner chez le Procureur »...

Il ajoute peu après : « ... Jamais je ne me suis trouvé dans un cas plus délicat et plus gros de conséquences aussi... il existe des présomptions nombreuses. Je n'ai pas de preuves absolues... Les médecins, s'ils savent quelque chose de net, voudront ils dire la vérité?... Serait-il possible de redoubler de surveillance... Je demanderais à l'administration de bien vouloir m'informer de ce qu'elle apprendrait.

« ... Depuis plus de dix ans... un étau se resserre sur moi... je ne sais de quoi il s'agit vraiment.

« Une campagne ardente a été menée depuis longtemps contre les membres de l'enseignement à O... et tous les bruits lancés, soit par lettre anonyme, soit de toute autre manière, étaient faux.

« Mme L... (sa femme) a toujours nié les faits que je lui reproche ou que l'opinion lui reproche... Des bruits graves me sont parvenus à l'arsenal de Tarbes en décembre 1915,... et mars 1916... Deux hommes se sont montrés particulièrement actifs sur ce sujet (C... et B...)... Avaient-ils mission de me faire connaître ces bruits?... Des gens mal intentionnés auraient-ils mis ces trois années à profit pour renouveler les campagnes contre les membres de l'enseignement?... Il est des mots lancés avant la guerre ou depuis... qui comme accusation me visant, sont absolument faux, tels que : « il aime bien les femmes »... Faut-il y voir un redoublement d'activité dans la campagne contre les instituteurs?... si ma situation est perdue, je me tuerai. »

Cinq mois plus tard, la correspondance reprend, le ton a changé :... « Ma femme n'habite plus O..., et n'y résidera pas avant que certaines histoires aient été tirées au clair, et *que les coupables aient été punis...* » (c'est lui qui souligne).

Puis c'est une plainte au Procureur :

©BIUM

« Concernant ma femme..... Le poilu F. Ch... était en permission fin février... Or, du 8 au 15 mars, donc après son départ, ma femme fut malade...

« J'aurai satisfaction sur ces questions ou le divorce se fera, *sinon une catastrophe serait rendue inévitable. Inutile de dire que je ne ferai pas la bêtise de me suicider.*

« ... Voici ce qui pourrait peut-être vous éclairer : elle était à B... pour affaires, le jeudi 4 mai. Il est possible qu'elle y retourne le jeudi 5 juillet... Le nommé A..., d'O..., se trouve souvent à B... les premiers jours du mois...

« Je vous prie de faire surveiller ma femme, surtout pendant les heures de nuit. Je soupçonne ma belle-mère de favoriser l'inconduite de sa fille...

« ... En 1913, F. Ch... fut malade en mai-juin (15 mai au 10 juin). Ma femme fut malade du 25 mai au 15 juin ; tous deux gravement, avec fièvre... Cette année, le permissionnaire Ch... vint en permission de sept jours dans les premiers jours de mars ; or, du 8 au 16 mars, quelques jours après, ma femme fut malade. (Bronchite, dit-elle), suspecte, alors?... Elle se rend à B... le 4 mai. Pourquoi?... Maladies nerveuses graves? Transmission de maladie contagieuse avec récidive? Avortement?... »

Cependant, on enquête, et le maire de la commune affirme au Procureur que la conduite de M^me^ L... a toujours été irréprochable. Mais L... continue ses doléances : « ... La vie est une chose affreuse... si ma situation est perdue, je me tuerai.

« ... Je ne rencontre partout que défiance ; des expériences honteuses ont été tentées autour de moi...

« ... Les choses vont toujours mal dans mon ménage... Mentir pour mentir ne sont pas choses bien rares dans le sexe dit faible... pour moi, je ne comprends pas... Mais que de mots entendus et qui me reviennent en mémoire, me laissent perplexe... »

Le lendemain de cette dernière lettre, un télégramme : « Prière surseoir », confirmé par une lettre, deux jours après, où il déclare : « je crains d'avoir commis des erreurs » ; mais aussitôt reparaissent les soupçons :

« Mais la famille dispersée pendant la guerre, où en est le chef?... est-il renseigné sur ce qui se passe chez lui en bien ou en mal?... Quelle inquiétude? que de nuits presque sans sommeil? Ma femme a-t-elle ou n'a-t-elle pas en mon absence rempli son devoir? Qui me le dira?... les attaques ont continué, affreuses, sur les membres de la famille... »

Enfin, dans une lettre affolée, irrégulière, non datée, écrite au crayon :

©BIUM

« Il faut en finir, car cela presse plutôt : je suis décidé à demander des explications au sieur A... et en même temps à Mme A.....: que les coupables soient punis, et *j'ai juré qu'ils le seraient*... reste à savoir quelle sera la méthode la plus discrète, c'est-à-dire celle qui rejaillira le moins sur le corps enseignant... Je serai l'homme à agir, et *je saurai punir les coupables*... il faut faire justice aux gens si *l'on ne veut pas qu'ils se la rendent eux-mêmes*... »

C'est quelques jours après l'envoi de ces dernières lettres que L... entre à Maison-Blanche, d'où il sortira six semaines plus tard ; et c'est un peu plus de quatre mois après sa sortie que je l'examine pour la première fois.

D'aspect physique normal, sans aucun stigmate apparent, et — d'après lui — sans tares héréditaires ou collatérales, L... se montre d'abord très réticent sur les motifs de son envoi à Maison-Blanche et sur les idées de jalousie relevées dans ses écrits. S'il a été hospitalisé, c'est « qu'il était nerveux et fatigué » ; ses idées sur l'inconduite de sa femme sont « des bêtises ; il veut croire qu'il n'y a rien eu » ; en tout cas « c'est maintenant fini »... et il est inutile d'insister.

Tout au contraire, L... est facilement loquace au sujet des persécutions dont le corps enseignant aurait été l'objet depuis la loi de séparation : « Ce n'est pas lui qui a été visé spécialement, mais le corps, l'Instituteur... surtout dans les fonctions de secrétaire de la mairie ». Il a été inquiété à Tarbes et suppose qu'on « a pu écrire des lettres anonymes » au directeur de l'arsenal. A table, avec les camarades, c'étaient « des allusions, des bêtises ».

Il est facile de se rendre compte pour les sujets sur lesquels il s'étend volontiers que les doutes occupent une place primordiale dans ses troubles psychologiques ; ce sont chez lui de continuels points d'interrogation, et il émet sans cesse des : « sans doute... peut-être... est-ce qu'on a bien fait?... » etc.

Je n'ai malheureusement pu recueillir aucune précision de la part de sa femme, que je crois assez débile physiquement et psychiquement, et qui, ayant d'abord refusé de me parler hors de la présence de son mari, n'y a enfin consenti que pour se refuser à toute réponse précise et se montrer encore plus réticente que lui au sujet des événements récents.

M'étant transporté quelque temps après au domicile de L..., je n'ai pu cette fois l'interroger en dehors de la présence de sa femme, l'un et l'autre s'y refusant. Cette fois encore, L... s'étend à plaisir sur les brimades et persécutions faites au corps enseignant, émettant toujours les doutes et interrogations déjà relevés. Pressé de s'expliquer sur la façon dont il a conçu des idées de jalousie, il m'avoue seulement que, pendant

longtemps tout d'abord, il se demandait s'il ne pouvait pas se produire quelque chose d'anormal dans son ménage; puis que, peu à peu, il y croit davantage à cause de « l'attitude à son égard de son chef d'équipe » ainsi que de « bêtises, d'allusions » faites autour de lui. Bref, il présente notoirement des interprétations délirantes.

Mais il est difficile de mettre à jour l'état actuel de sa croyance à ces idées de jalousie; il se dérobe, redevient aussitôt réticent, et ajoute cependant : « Alors, pourquoi toutes ces allusions? »

Quant aux menaces proférées dans ses écrits, il est affirmatif : il n'a, dit-il, jamais pensé sérieusement au suicide; et, pour les tiers, cela se serait borné à « une raclée en règle ». Il me fait d'ailleurs spontanément remarquer que depuis plus de cinq mois qu'il est de retour à O..., il n'y a rien eu à relever contre lui dans cet ordre d'idées, ce qui paraît exact.

Je n'ai pu relever aucune idée délirante d'auto-accusation, aucun phénomène psycho-sensoriel. Il n'a jamais présenté de troubles relevant de la constitution émotive; les réflexes sont normaux. Il n'existe, avec un certain degré de myopie, qu'une inégalité pupillaire nette au profit du côté gauche. Pas d'éthylisme.

En présence d'idées morbides différant par leur formule, je crus bon de pousser l'enquête et parvins à consulter le dossier complet concernant L..., à l'Inspection académique. C'est ainsi que je pus relever des faits intéressants, dont les plus anciens remontaient à vingt années.

Dès lors, un inspecteur primaire faisait un rapport sur L... signalant comme anormale « sa crainte de passer pour un clérical ». Lui-même, à cette époque, écrit :... « peut-être le curé de P... n'est pas étranger à cette machination ». Plus tard, il déclarera qu'il est « entouré d'alcooliques et d'hystériques. »

Je cite enfin un incident de quelques années postérieur : un garçon de 17 ans l'a injurié au cours d'adultes; malgré les conseils de l'Inspecteur, L... porte plainte au Procureur, rapportant cet incident à d'autres faits : « ce qui est noir ne peut être blanc... il « m'est impossible de séparer ces incidents de la campagne entreprise... » et il joint le cahier d'un autre élève dont l'attitude aurait brusquement changé. On retrouve en effet un cahier d'élève dont l'écriture, propre et régulière, devint subitement large, mal conformée, pouvant donner l'impression, soit d'un « sabotage » volontaire, soit d'un état pathologique. L..., lui, y voit une « machination à son égard ». Bref, l'Inspecteur primaire signale : « la situation n'est plus tolérable... à cause de ses attaques contre le maire, attaques

©BIUM

graves qui ne s'appuient sur aucun fait précis... » Au dossier se trouve joint un factum imprimé, par lequel L... paraît avoir voulu se justifier près des habitants de la commune.

Cette étude faite, je transmis au Préfet le rapport demandé : après avoir brièvement exposé les troubles psychiques et expliqué par eux le contenu de la correspondance, je fis remarquer que, L... désirant au plus haut point reprendre ses fonctions, il était indispensable de donner à sa situation une solution, quelle qu'elle fût, aussi immédiate que possible, par crainte d'idées délirantes au sujet de l'attitude des autorités à son égard. J'ajoutais qu'il me paraissait possible de lui faire reprendre ses occupations scolaires sous la triple condition : de lui donner un nouveau poste — ce que j'avais obtenu qu'il réclamât lui-même ; — de choisir ce poste assez éloigné d'une des résidences anciennes où il avait eu des difficultés ; enfin tel que L... n'eût point dans la commune à assurer le secrétariat de la mairie. Je faisais remarquer de plus que ses chefs directs devaient être mis au courant de son état morbide et penser, le cas échéant, à y rapporter ce qu'ils pourraient remarquer d'anormal dans son attitude ; et que, d'autre part, leur surveillance devait avoir à son égard une allure discrète, incapable d'attirer l'attention de son caractère soupçonneux.

J'ai eu la satisfaction d'apprendre que ces diverses conditions avaient pu être réalisées, et ce, avec le meilleur résultat. Depuis plus de six mois que la mutation a été faite, aucun écart dans la conduite de L... n'a attiré l'attention sur lui. Son caractère morbide s'est cependant manifesté, ainsi que j'ai pu le constater dans deux de ses lettres : ayant eu quelques difficultés pour son déménagement, il fait une réclamation, remarquant que ces difficultés coïncident avec l'avance allemande sur Château-Thierry, comme de précédents ennuis avaient coïncidé avec celle sur Verdun. Une autre fois, pour le remboursement d'une petite somme indûment touchée à Tarbes — ce qu'il avait spontanément signalé — il écrit que « les dirigeants de la n... région ont sans doute voulu attaquer en lui l'Instituteur ».

J'ai cru devoir rapporter sans commentaires les éléments de cette observation, peut-être trop longue, alourdie par la citation des écrits ; mais je crois justement qu'en l'espèce, ceux-ci, courant sur vingt années, constituent le fonds même de l'observation, dans laquelle l'examen direct n'est qu'un accessoire.

A quel état pathologique avons-nous affaire? Si le diagnostic a pu être jadis hésitant, il me semble maintenant pouvoir classer nettement le sujet, et faire ren-

©BIUM

trer le cas présent dans la forme morbide décrite par MM. Sérieux et Capgras sous le nom de « Délire d'Interprétation », sans me croire obligé d'insister davantage pour le séparer d'avec les affections qui peuvent parfois offrir des difficultés de diagnostic avec cette psychose.

C'est qu'en effet nous sommes en présence d'un état constitutionnel, sans troubles psycho-sensoriels, sans atteinte de l'intégrité intellectuelle proprement dite. Mais, il ne s'agit pas en l'espèce d'une forme clinique fréquente dans les asiles, et le cas me paraît pleinement justifier l'étiquette de cette variété que les auteurs précités ont décrite sous le nom de « Délire de supposition ». A ne considérer en effet que l'évolution la plus lointaine des troubles morbides, nous sommes en présence, rarement d'interprétations délirantes nettes, mais fréquemment de véritables doutes délirants, exprimés sous forme interrogative et dubitative; et il n'y a pas, bien que le sujet soit certainement d'une intelligence supérieure à la moyenne, de systématisation nette; tous les troubles extériorisés sont, non des idées, mais plutôt des craintes de Persécution.

Mais l'éloignement du foyer conjugal va produire l'éclosion de troubles non relevés jusqu'alors ; malgré ses propres réticences et l'attitude analogue de sa femme, il n'est pas besoin d'insister sur la teneur de ses lettres, où s'extériorise un véritable délire de jalousie. De par la correspondance même, et de par les aveux du sujet, il semble que ce délire se soit constitué peu à peu, sous l'influence du mécanisme du « doute » tout d'abord, pour en venir à une certitude de plus en plus grande, quoique jamais absolue, en empruntant le mécanisme de « l'interprétation délirante » manifeste : c'est ce qui se produit vis-à-vis de « l'attitude » de ses chefs et de ses camarades à son égard, des « allusions », des « bêtises » qu'il entend autour de lui. Il ne faudrait pas connaître le milieu militaire pour nier la possibilité de plaisanteries de la part d'individus non avertis et se réjouissant souvent de plaisanteries faciles sur une tête de turc, mais aussi pour ignorer que celle-ci n'est pas choisie au hasard, mais d'instinct, parmi les gens présentant quelque anomalie.

©BIUM

Quoi qu'il en soit, il y a eu indubitablement un délire de jalousie véritable. En reste-t-il quelque chose? c'est une question difficile à résoudre; je crois, toutefois, au moins à une amélioration certaine, et rappelle qu'il n'y a pas eu d'intoxication alcoolique.

Dans quel rapport se trouvent ces deux ordres de phénomènes, craintes de persécution et idées de jalousie? Le passage naturel du doute délirant à l'interprétation véritable en fait un trouble univoque, au point de vue de l'origine psycho-pathologique. Peut-on donc croire, en présence de l'état aggravé qui a motivé l'hospitalisation, et attiré l'attention des supérieurs, qu'il s'agisse de la période d'état d'un délire d'interprétation dont les troubles antérieurs, moins apparents, constitueraient les phénomènes d'incubation? Je ne le crois pas; il s'agit en effet de troubles de formule délirante différente, et si MM. Sérieux et Capgras ont noté dans l'évolution de la psychose interprétative chronique le passage possible des idées de jalousie aux idées de persécution, ils ne relatent pas l'inversion des termes.

D'après eux d'ailleurs, les unes préparent les autres, ce qui ne semble pas le cas du sujet en question, chez qui les idées de jalousie apparaissent comme une production nouvelle, sous l'influence de la séparation conjugale. L'amélioration, très probable, plaide encore dans le même sens.

Je crois donc, pour ma part, à un véritable paroxysme délirant, — ces paroxysmes sont d'ailleurs classiques — avec probabilité d'excitation psychique concomitante au moment de l'hospitalisation; l'augmentation des troubles affectifs profonds apparaît à plusieurs reprises, notamment dans la lettre irrégulière et troublée que L... écrit peu avant son hospitalisation.

Les réactions anti-sociales du sujet ont été, somme toute, peu accusées. Se bornant autrefois à quelques plaintes ou réclamations, elles ne semblent s'être accompagnées d'aucun inconvénient grave ni pour le sujet ni pour son entourage. Ce ne sont que les tendances persécutrices récentes, formulées dans les menaces qu'on a lues, qui ont attiré l'attention; mais aucun acte nocif n'a été relevé contre lui, grâce peut-être au caractère douteur primordial que nous avons

©BIUM

constaté, ce qui justifierait une fois de plus le mot de Vallon que les réactions du malade sont « une manifestation de son tempérament actionné par son délire ».

Quant à la réaction-suicide, elle s'est également bornée à des menaces sans début d'exécution; mais il me semble intéressant de les relever dans deux lettres où s'extériorisent surtout des doutes délirants, alors que, dans une lettre intermédiaire, ayant par interprétation acquis la certitude de l'inconduite de sa femme, il termine ainsi : « ... je ne ferai pas la bêtise de me suicider ».

Considéré dans ses conséquences pratiques dans l'ordre médico-légal, le délire eût pu entraîner une faute militaire, telle que désertion; et, au point de vue civil, des actes nocifs contre les personnes : s'ils s'étaient produits, leur origine morbide eût dû faire conclure à l'irresponsabilité.

Il est à remarquer, au point de vue professionnel, que le sujet est resté, et reste encore capable d'un service de tous points irréprochable; il est assurément la première et la principale victime de sa tare mentale.

Il me paraît enfin intéressant de relever le rôle de la guerre dans la genèse du délire de jalousie observé : si elle n'a pas, dans le cas présent, contribué à colorer des troubles mentaux, c'est bien, semble-t-il, à la seule séparation conjugale, sa conséquence indirecte, que l'on doive rapporter l'éclosion de ce paroxysme délirant, aggravation passagère d'une tare constitutionnelle.

La séance est levée à 5 h. 1/2.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Les accidentés de la guerre, leur esprit, leurs réactions, leur traitement, par les Drs Laignel-Lavastine et Paul Courbon, 1 vol. in-16 cartonné des *Actualités médicales*, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1919.

Les auteurs de ce très intéressant petit volume partent du principe suivant, ainsi formulé : « Les conditions actuelles de la guerre transforment le pays belligérant en une vaste usine, dont l'Etat est le propriétaire et dont les mobilisés sont les ouvriers. Cette transformation, jointe à l'existence de pensions d'invalidité analogues aux indemnités instituées par la loi de 1898, assimile à de véritables accidents de travail les blessures et les maladies contractées au service de la patrie. »

Si ce principe est vrai au point de vue social, il l'est aussi au point de vue clinique. Et de fait, entre le soldat frappé au service de la patrie et l'ouvrier atteint au travail chez son patron, il existe la même lenteur évolutive, la même bizarrerie des réactions aux offenses pathologiques. C'est que, comme le font remarquer MM. Laignel-Lavastine et Paul Courbon, à côté de l'agent pathogène, la guerre donne naissance à des facteurs matériels et sociaux, qui affaiblissent la capacité de défense physique et psychique de l'accidenté.

« *Physiquement*, s'il est vrai que les heureuses conditions de la vie au grand air aguerrissent l'organisme et lui donnent une endurance dont il serait incapable en temps de paix, néanmoins les fatigues, le surmenage, l'hygiène souvent défectueuse de l'existence en campagne ont pour résultat final de le mettre en état de moindre résistance contre un traumatisme ou une maladie éventuels. De plus le passage du grand air à l'atmosphère confinée de l'hôpital ajoute encore à cette infériorité.

« *Psychiquement*, la guerre, par le bouleversement psychique qu'elle produit chez tous les sujets et par les traumatismes émotionnants auxquels elle les soumet, a sur l'esprit de l'accidenté des conséquences analogues à celles que nous venons de voir qu'elle a sur l'organisme en général. »

©BIUM

Les auteurs divisent leur travail en quatre chapitres. Dans le premier, sont décrites les *conditions de l'accidenté de guerre*. Ces conditions sont extrinsèques (conditions biologiques, psychologiques ou sociales) et intrinsèques, c'est la race du sujet, sa constitution, son tempérament, son caractère et son âge. Tous ces points sont exposés avec soin, en quelques traits nets et précis, qui frappent et restent dans la mémoire.

Le second chapitre est consacré aux *réactions de l'accidenté de guerre*, chapitre des plus intéressants, où sont étudiées successivement les diverses réactions, d'abord de l'accidenté en cours d'évolution, ensuite de l'accidenté définitif, autrement dit de l'invalide. Ces réactions n'ayant en beaucoup de cas rien d'héroïque, nos auteurs croient devoir, avant d'en aborder la description, faire certaines distinctions. « Nous commencerons, disent-ils, par rendre un hommage ému à l'héroïque conduite de la très grande majorité des Français éprouvés dans leur chair par les cruautés de la guerre, à l'impatience avec laquelle ils aspirent à la guérison et à l'enthousiasme avec lequel ils reprennent leur poste de combat, dès que les blessures sont cicatrisées. Mais notre rôle de psychologues et de médecins nous oblige à ne considérer que les cas où l'humanité ne s'est pas surpassée. »

Ces réserves faites, les D^rs^ Laignel-Lavastine et Courbon passent en revue toutes les réactions biologiques, psychologiques et sociales de l'accidenté en traitement et de l'invalide. Il nous est impossible de les énumérer toutes : qu'il nous suffise de dire qu'elles sont décrites avec soin. On sent que les auteurs ne parlent que de choses vues, qui ont passé sous leurs yeux, avec une véritable régularité, dans les ambulances et les services psychiatriques auxquels ils ont été attachés durant les années de cette terrible guerre.

Parmi les nombreux faits qu'il leur a été donné d'observer, citons la différence de réaction psychologique des blessés et des malades. « Les blessés sont en général gais, écrivent nos auteurs. Leur atteinte est locale; la blessure est pour tout le monde un chevron de gloire; le public s'empresse autour d'eux : ils sont un centre d'attraction pour les femmes, qui rivalisent d'enthousiasme à s'engager comme infirmières bénévoles dans les services de chirurgie. Aussi les blessés sont-ils plus indisciplinés, plus exigeants que les malades. »

Ceux-ci, au contraire, sont tristes. Leur maladie qui n'est pas évidente comme une plaie, passe pour une preuve de fai-

©BIUM

blesse physique et suppose un amoindrissement de courage, d'où, dans l'avenir, la moindre utilité sociale du malade que du blessé. « Ainsi s'explique la désaffection du public pour les malades, le moindre attrait de ceux-ci sur les femmes, la pénurie des infirmières bénévoles dans les services de médecine; de là, la résignation plus grande, la docilité plus complète des soldats frappés de maladie. »

Le troisième chapitre traite de la thérapeutique de l'accidenté de guerre, qui n'a toute son efficacité que s'il a pour but de refaire le corps, l'esprit et la position de l'accidenté. Qu'il s'agisse de l'accidenté en cours d'évolution ou de l'invalide, la thérapeutique est donc biologique, psychologique et sociale. Tous ces divers côtés de la question sont étudiés et exposés avec la plus grande compétence pour nos savants collègues, en médecins soucieux de la guérison et du bien-être des malades ainsi que de leur avenir. Parmi les procédés psychothérapiques qu'ils préconisent pour l'invalide, c'est la réadaptation au travail, d'où la rééducation professionnelle, que certains ont même proposé de rendre obligatoire.

Le dernier chapitre est intitulé : « Insincérité de l'accidenté de guerre. » C'est une étude très intéressante et très fouillée sur la psychologie de la simulation, dont, pour nos auteurs, les mobiles résident dans le domaine de l'affectivité. « Ce sont les particularités constitutionnelles de l'affectivité du sujet, qui lui dictent ses diverses intentions de tromper. »

Nous ne suivrons pas les Drs Laignel-Lavastine et Courbon dans les descriptions qu'ils font des simulateurs, des exagérateurs, etc. Les pages qui leur sont consacrées seront lues avec profit par les médecins légistes qui n'ont que trop souvent affaire à ces divers genres de trompeurs, dont l'habileté est rare et la persévérance tenace.

Nous croyons en avoir assez dit pour montrer l'originalité du point de vue où se sont placés nos savants collègues. Leur volume, petit par le format, contient beaucoup de choses excellentes, *multa paucis*; il occupera une place distinguée dans la littérature médicale de guerre, déjà si riche en publications de premier ordre.

ANT. RITTI.

©BIUM

Report of Connecticut Hospital for the Insane for the two years ended September 30, 1918 (Rapport sur l'Hôpital d'aliénés de l'Etat de Connecticut pour les deux années finissant le 30 septembre 1918). — Brochure de 111 p., in-8°. Hartford, 1918.

L'hôpital d'aliénés de Connecticut est un grand établissement. Il recueille plus de 2.600 malades des deux sexes et en reçoit de 5 à 600 chaque année. Son budget des dépenses s'est élevé, en 1916-17, à près de 650.000 dollars et à 780.000 en 1917-18, ce qui fait près de 4 millions de francs. Pendant cette période, les dépenses ont augmenté de 30 à 80 p. 100 et la rareté des denrées, et aussi le manque de fournisseurs, a créé à l'administration des embarras de toutes sortes.

Les événements troublants des deux dernières années ont eu leur répercussion sur la vie administrative de l'hôpital en accumulant toutes sortes de difficultés : augmentation progressive des dépenses, raréfaction des objets de première nécessité, déficience du personnel médical et administratif dans la proportion respective de 30 et de 20 p. 100. Sept médecins et quarante-quatre employés se sont engagés pour la durée de la guerre.

Ce n'est pas tout, d'autres calamités sont survenues : une épidémie de tuberculose qui nécessita le sacrifice des quatre cinquièmes des animaux s'est abattue sur le troupeau de la ferme, et deux incendies successifs détruisirent une partie de l'exploitation agricole et une aile entière du bâtiment principal occupé par des malades.

Le personnel normal de l'établissement comporte 9 médecins, y compris le directeur-médecin en chef, 25 nurses diplômées, 168 infirmiers et infirmières ordinaires et 187 employés de tout genre; au total 380 personnes.

Le travail des aliénés est bien organisé; 46 p. 100 de la population prend part aux travaux intérieurs et extérieurs. Un certain nombre de femmes sont occupées aux travaux des champs et cette innovation a donné d'excellents résultats.

Parmi les tableaux du rapport médical, un des plus intéressants est, sans contredit, celui qui est consacré à l'origine des aliénés admis. En 1916-17, sur 535 entrées, 246 de ces malades n'étaient pas nés aux Etats-Unis et appartenaient à une nationalité étrangère. En 1917-18, cette proportion a été moins forte, quoique encore très élevée.

©BIUM

Le directeur-médecin en chef, Dr G. Floyd Haviland, jette un cri d'alarme à propos de la tuberculose dont la fréquence, parmi la population, devient inquiétante. Les locaux d'isolement pour ses malades sont insuffisants; il réclame la création de pavillons spéciaux.

Il insiste aussi sur la nécessité d'édifier un quartier d'admission de 100 lits, pour le traitement des cas aigus. Un crédit de 170.000 dollars avait été accordé pour cet objet avant la guerre et n'a pu être utilisé; il demande à ce que cette somme soit de nouveau créditée afin que le projet soit exécuté sans retard.

Dans la partie administrative de ce rapport il y a un tableau dont la substance ne peut manquer d'intéresser un grand nombre des lecteurs des *Annales*; c'est celui qui donne le détail des traitements et avantages en nature du personnel. En voici la partie qui concerne le personnel médical :

Directeur-médecin en chef, 5.500 dollars (27.500 fr.), plus la *nourriture* et le logement.
Directeur-médecin adjoint, 2.500 dollars (12.500 fr.), plus la *nourriture* et le logement.
Chef de clinique et d'anatomie pathologique, 2.400 dollars (12.000 fr.), plus la *nourriture* et le logement.
1er Médecin assistant, 1.700 dollars (8.500 fr.), plus la *nourriture* et le logement.
2e Médecin assistant, 1.600 dollars (8.000 fr.), plus la *nourriture* et le logement.
3e Médecin assistant, 1.500 dollars (7.500 fr.), plus la *nourriture* et le logement.
Les trois autres médecins assistants et l'interne, 1.200 dollars (7.000 fr.), plus la *nourriture* et le logement.

Une nurse gagne 250 francs par mois et un gardien 200, plus la nourriture et le logement. Parmi le personnel nombreux et varié que comporte l'établissement, il n'y a pas de salaire mensuel inférieur à 190 fr. par mois, plus les avantages en nature.

A. Cullerre.

Reports of the trustees and Superintendent of the Butler hospital, Providence, RI. 22 january 1919. (Rapport de la Commission et du superintendant de l'hôpital Butler, Providence, R. I.). Broch. in-8°, Providence, 1919.

Le rapport annuel de l'asile de Providence pour l'exercice 1918 n'est pas rempli cette fois uniquement par le Dr Alder Blumer, le distingué directeur-médecin de l'asile. Il commence par un assez long discours de l'un des membres de la Commission de surveillance de l'asile qui a traité particulièrement des progrès accomplis depuis Pinel et Tuke dans l'assistance des aliénés.

Le Dr Alder Blumer exprime sa satisfaction à voir le rapport annuel corsé par ce discours, plein de vues élevées et intéressantes, car lui-même, dit-il, n'a que peu de choses à dire sur le fonctionnement de l'asile.

Au point de vue scientifique, il n'énonce en effet rien.

Pour le reste, il relève spécialement les particularités suivantes : une crise véritable a sévi sur le recrutement du personnel de l'asile, telle que, faute de surveillants, on a dû évacuer entièrement deux des quartiers. La mobilisation aux Etats-Unis avait en effet puisé de tous côtés et les hommes manquaient ; ceux qui restaient disponibles ne faisaient souvent qu'un appoint illusoire et éminemment précaire. Ainsi, pour l'asile de Butler, sur trente et un surveillants que l'on voulut admettre et former, vingt-huit abandonnèrent promptement leur place.

A ce point de vue l'asile de Butler subit le même sort que tous les autres établissements. On peut voir, en effet, dans le compte rendu de l'asile de Connecticut, ces chiffres un peu effarants ; l'asile en temps normal a environ 450 surveillants : il ne put en avoir pas plus de 380 ; pour combler les vides on essaya, au cours de l'année, 1.304 candidats dont 1.287 ne firent que passer.

Pour en revenir au rapport du Dr Alder Blumer, notons avec lui les prix élevés atteints par quelques-uns des articles d'approvisionnement, dont l'augmentation fut, comparativement aux prix de 1914, de 114 p. 100 sur le blé, 259 p. 100 sur les haricots, 129 p. 100 sur le bœuf, 53 p. 100 sur le beurre, etc. Quant à ce qui est du charbon, il atteignit des prix fantastiques; assurément la France sous ce rapport peut soutenir la comparaison avec les Etats-Unis. Toujours est-il

©BIUM

que le budget de l'asile de Butler s'en ressentit fortement et que l'on épuisa toutes les réserves.

Pour comble de bonheur l'asile fut lui aussi éprouvé par une forte épidémie de grippe.

Malgré tout, le Dr Alder Blumer estime qu'il ne faut pas trop s'affecter, et il exprime la confiance que, plus que jamais, l'asile de Butler pourra continuer dans l'avenir la belle œuvre qu'il accomplit depuis soixante-cinq ans. Puisse-t-il y présider lui-même de longues années encore!

VICTOR PARANT, père.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PAUL SÉRIEUX. V. Magnan, sa vie et son œuvre (1835-1816). 168 pages in-8° avec planche. Paris, Masson et Cie, 1918.

Reports of the Trustees and Superintendent of the Butler hospital, presented to the Corporation at its seventy-fourth annual meeting, januar 23, 1918. Providence, R. I. 29 pages in-8°. The Providence press : Snow and Fornana Co., 1918.

G. FUNAIOLI. Contributo di semiotica craniologica su trenta crani della morgue di Roma. 94 pages avec planche. Extrait de l'*Archivio di Psichiatria, Antropologia criminale, medicino legale*, 1916.

— Un delinquente nato ex soldato della compagnia de disciplina di S. Leo (Marche) 17 pages in-8°. Extrait du *Atti della Societa di medicina legale*, 1912.

— Saggi di pedagogia emendativa militare. 8 pages in-8°. Extrait du *Giornale di medicina militare*, mars 1912.

— Contributo alle osservazioni dei caratteri antropo-psicologia dei militari delinquenti con speciale riguardo al delinquente occasionale. 118 pages in-8°. Extrait du *Giornale di medicina militare*, 1912.

— I criminaloidi nell' esercito. Ulteriori contributo alle osservazioni sui caratteri antropo-psicologici dei militari delinquenti. 93 pages in-8°. Extrait des *Atti della Societa di medicina legale di Roma*, 1915.

— I vari tipi cranio-facioli e la differenze di resistenza psichica in guerra. 9 pages in-8°. Extrait du *Giornale di medicina militare*, 1916.

HENRI DAMAYE. Etudes cliniques et thérapeutiques sur les

troubles mentaux traités dans les ambulances. *Progrès médical*, nº du 20 avril 1918.

Société genevoise de patronage des aliénés. Treizième rapport. 39 pages in-8°. Genève. Imprimerie Albert Kundig, 1918.

P.-L. Ladame. A propos de la « théorie moderne de l'hérédité et de la méthode statistico-biométrique. 4 pages in-8 Extrait de l'*Abstinence*, nº du 27 avril 1918.

Augusto Tamburini, G. C. Ferrari et G. Antonini. L'Assistenza degli alienati in Italia e nelle varie nazioni. 1 vol. in-4º de 699 pages avec 130 figures dans le texte et dix planches. Torino, Unione tipografico-editrice torinese, 1918.

Aug. Wimmer. Hukommelsestab og « Dobbelt-bevidsthed ». Psykiatriske studier. 135 pages in-8°, Copenhague, G. E. C. Gad. 1918.

Binet-Sanglé. Le Haras humain. 1 vol. in-16 de 244 pag. Paris, Albin-Michel, s. d.

A. Paris. Allocution présidentielle à la Société de médecine de Nancy. 7 pages in-8º. Extrait des *Comptes rendus de la Société de médecine de Nancy*, séance du 24 octobre 1917.

Protestant hospital for the insane Verdun, Montreal, Que. Annual Report for the year 1917. 62 pages in-8º. Montreal, C. R. Corneil, 1918.

H. J. Sommer et P. Saha. A proposed basis for a dietary for hospitals for the insane to meet war conditions. 57 pages in-8º. Hollidaysburg, 1918.

Thomas W. Salmon. The case and treatment of mental diseases and war neuroses « Shell Shock » in the British army. 102 pages in-8º. New-York, 1917.

Th. Simon. Un clinicien : Magnan. Conférence faite à l'Athénée de Genève sous les auspices de l'Institut Jean-Jacques Rousseau le 7 mai 1917. 21 pages in-12. Paris, Emile Bougault, 1918.

Sixty-fourth annual report of the trustees for the Taunton state hospital, for the year ending november 30, 1917, 62 pag. in-8º. Boston, 1918.

Huot et Voivenel. Le cafard. Préface du Dr Helme. 1 vol. in-16 de 287 pages. Paris, Bernard Grasset, 1918.

Fourth annual report of the general Board of control for Scotland. 45 pages in-8º. Edimbourg, 1918.

Henri Damaye. Les neurasthénies de la guerre. *Progrès médical* du 25 mai 1918.

— Etudes sur la paralysie générale observée dans un service psychiatrique d'armée. *Progrès médical* du 13 juillet 1918.

A. Paris. Paralysés généraux de la zone des armées, du front et paralysés généraux de l'arrière. Encore un appoint

©BIUM

étiologique à prendre en considération pour le choix de la réforme. 4 pages in-8°. Extrait des *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1917.

Ulysses Pernambucano. Classificaçao das creanças anormaes. A parada do desenvolvimento intellectual e suas formas; a instabilidade e a asthenia mental. 46 pages in-8°. Brésil, 1918.

Z. Kamal. Le séro-diagnostic de la syphilis dans l'asile d'aliénés de Bordeaux. 41 pages in-8°. Thèse de la Faculté de Bordeaux, 1918.

Lacassagne. Allocution prononcée à la séance solennelle tenue à l'occasion du Cinquantenaire de la Société de médecine légale de France le 11 février 1918. 8 pages in-8°. Extrait du *Bulletin de la Société de médecine légale de France*, numéro de février 1918.

José Ingenieros. Proposiciones relativas al porvenir de la filosofia, presentadas a la Academia de filosofia y letras. 149 pages in-8°, Buenos Aires, L. J. Rosso et C^ie^, 1918.

Louis Hcot et Paul Voivenel. La Psychologie du soldat. Préface de Paul Margueritte. 1 vol. in-18 de 167 pages. Paris. *La Renaissance du livre*, s. d.

Giuseppe Antonini. Riflessi di guerra a Mombello. Ospedale psichiatrico e non casa di custodia penale. 7 pages in-8°. Extrait de l'*Attualità medica*, 1918.

The twenty-fifth and the twenty-sixth annual Report of the Sheppard and Enoch Pratt hospital for mental and nervons diseases, 1916-1917. Deux brochures in-8° de 42 et de 32 pages in-8° avec planches. Baltimore, 1916 et 1917.

Angel A. Marciotra. Los debiles de espiritu. Tesis presentada para optar al titulo de Doctor en medicina. 200 pages in-8°, Buenos Aires, 1918.

Bérillon. L'instinct de combativité et la sélection sexuelle. 7 pages in-8°. Extrait de la *Revue de Psychothérapie*, 1918.

Gaetano Funaioli. Contributo clinico alla neuropsichiatria ed alla criminologia di guerra. 95 pages in-8°. Extrait des *Quaterni di medicina legale*, 1917.

C. Rougé. Aliénés militaires admis à l'asile de Limoux en 1916 et 1917. 13 pages in-8°. Extrait des *Annales médico-psychologiques*, juillet 1918.

C. Rougé et Piquemal-Lévêque. Rapport médical sur l'asile de Limoux (Aude) pour l'année 1917. 22 pages in-8°. Limoux, imprimerie Talamas, 1918.

Alfred Lartigue. Lettres à l'Académie des Sciences sur l'unification des forces et des phénomènes de la nature. Introduction de Daniel Berthelot. 1 vol. in-18 de 450 pages avec figures et planche. Paris, Octave Doin et fils, 1918.

©BIUM

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Citations. — Nous sommes heureux d'ajouter aux nombreuses citations obtenues par nos collègues ou par les fils de nos collègues, les trois suivantes données à M. Henri Baruk, médecin auxiliaire au 12e régiment d'infanterie, fils du distingué médecin-directeur de l'asile Sainte-Gemmes-sur-Loire :

1° *Citation à l'ordre de la brigade, du 5 juillet* 1918 : « Jeune médecin plein d'entrain, plein d'allant, ignorant tout danger et mettant au service de sa patrie tout ce que peut posséder un cœur animé du plus bel esprit de sacrifice et de dévouement. Pendant la période active de juin 1918, notamment le 10 juin 1818, a rapidement assuré l'évacuation des blessés auxquels il avait donné ses soins, en pleine bataille et sous le feu d'une extrême violence. N'hésite pas à se porter de l'avant et donne à tout son personnel l'exemple le plus noble d'esprit de sacrifice.

2e *Citation à l'ordre de la brigade, du 21 septembre* 1918 : « Jeune médecin ayant la plus belle conception du devoir, d'une calme bravoure et d'un sang-froid remarquable. Pendant les combats du 10 au 20 août 1918 n'a cessé de se dépenser pour assurer son service, pansant et évacuant les blessés sous des rafales de mitrailleuses et de violents bombardements. Déjà cité à l'ordre.

3° *Citation à l'ordre du régiment* : « Médecin auxiliaire très brave et très dévoué, s'est particulièrement distingué pendant la période d'attaques du 8 au 20 octobre 1918, en prodiguant aux blessés des soins éclairés sous les plus violents bombardements.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Abadie, agrégé, est nommé, à partir du 1er mai 1919, professeur de la Clinique des maladies mentales, en remplacement du Dr E. Régis, décédé.

Faculté de médecine de Montpellier.—M. le Dr A. Mairet, professeur de la Clinique des maladies mentales et nerveuses, est renommé doyen de la Faculté pour trois ans.

Arrêtés de juin 1919. — M. le Dr Dubourdieu, médecin-

©BIUM

directeur de l'asile d'Alençon (Orne), est nommé médecin-directeur de l'asile de Breuty-la-Couronne (Charente), en remplacement de M. le Dr Bellat, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

M. le Dr Arsimolès, médecin adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne), est nommé médecin directeur de l'asile d'Alençon.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Un médecin aliéniste américain tué par un médecin aliéniste japonais atteint lui-même d'aliénation mentale (suite). — Le médecin aliéniste japonais Norbu Ishida, qui dans les circonstances que nous avons rapportées (voir les *Annales* de mai, p. 256), fut le meurtrier du Dr Wolff, a été traduit devant le tribunal et condamné à la détention perpétuelle.

Etait-il aliéné ou non?

De cinq médecins appelés à en témoigner devant le tribunal, deux ont affirmé l'aliénation mentale, deux se sont récusés pour divers motifs, le cinquième a déclaré qu'à son avis Ishida était un simulateur.

Le critérium de détermination de la responsabilité aux États-Unis est encore bien différent du nôtre et ne répond plus, est-il besoin de le dire, aux progrès obtenus dans la connaissance des maladies mentales. Il est celui-ci : l'inculpé d'un acte criminel est-il capable de discerner le bien du mal et de comprendre que son acte est coupable ?

Ce n'est pas en France qu'il est besoin de dire que cette base d'appréciation est absolument erronée, fausse, et que si un inculpé se présentait dans les mêmes conditions que le Dr Ishida, on l'eût déclaré responsable et, sans condamnation, placé dans un établissement d'aliénés.

Le Dr Edward M. Brusch s'est bien efforcé de faire comprendre au tribunal que ce critérium ne pouvait être mis en cause : mais il ne put y réussir.

Il indiqua les raisons d'après lesquelles l'aliénation mentale lui paraissait incontestable, idées de persécution avec idées de jalousie, hallucinations de l'ouïe, ou à tout le moins interprétations délirantes.

Appelé à se justifier, le Dr Ishida donna des détails qu'il n'est pas sans intérêt de considérer. Il n'avait pas, dit-il, l'intention de tuer le Dr Wolff; son acte s'est accompli soudain à un moment où le Dr Wolff s'est présenté inopinément devant lui; après avoir été conduit au bureau de police, il fut subitement surpris de s'y trouver et il éprouva l'impression qu'il sortait d'un songe.

©BIUM

Cette particularité est conforme à la notion jadis mise en lumière par Lasègue et Blanche (Des homicides commis par les aliénés, Paris, Asselin, 1875), que le plus souvent les aliénés persécuteurs, alors même qu'ils ont prémédité leur acte, agissent sous l'influence d'un déclanchement subit, d'une impulsion véritable, qui fait que souvent leur attentat frappe, non pas celui par qui ils se croient persécuté, mais une toute autre personne.

Il nous est permis quant à nous de déclarer que le verdict qui a frappé le Dr Ishida s'est appliqué à un homme véritablement atteint d'aliénation mentale, et constitue une erreur judiciaire. VICTOR PARANT, père.

LA CRIMINALITÉ JUVÉNILE EN ARGENTINE

Comme dans tous les pays, on constate une augmentation considérable de la criminalité juvénile en République Argentine. Le journal *La Republica* de Buenos Aires, du 10 septembre 1918, a jeté un cri d'alarme dans un article sérieusement documenté, qui a inspiré à notre dévoué collaborateur, M. le Dr L. Wahl, les réflexions suivantes :

« Il y a une crise de la famille, aussi bien dans les hautes classes que dans les basses; tous sont avides de jouir. La criminalité, surtout celle des jeunes gens au-dessous de vingt ans, augmente dans d'énormes proportions. Les conditions de la vie actuelle rendent les enfants plus précoces, mais plus indisciplinés; les grandes personnes n'ont plus pour eux les mêmes attentions qu'autrefois. L'alcoolisme, les plaisirs faciles, le jeu, paralysent les volontés. L'esprit d'imitation pousse au crime. Les grands ports, comme Buenos Aires, amènent une tourbe cosmopolite d'un dangereux exemple pour la jeunesse que les parents, pris par les usines, ne peuvent surveiller et rejettent à la rue. Il faut donc lutter énergiquement contre toutes ces causes de démoralisation, car prévenir est mieux et plus humain que punir. L'initiative privée et l'État doivent créer des organismes pour améliorer les conditions sociales des individus, des patronages pour l'enfance, servir de tuteurs aux moralement abandonnés et aux jeunes délinquants. Nous avons déjà mentionné ici même l'Institut tutélaire pour mineurs, inauguré récemment par le ministre Dr Salinos (1), mais il faut établir des lois qui permettent de corriger les indisciplinés, les paresseux et rendre ainsi des sujets sains à la société et à la famille, établir ce que Setti appelle le droit à la morale. Telle est l'œuvre qui s'impose aux gouvernements. »

(1) *Annales médico-psychologiques*, novembre 1918, p. 278.

©BIUM

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1920

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 soutenues en 1915 et 1916, dans les Facultés de Médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

NOTA. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés le 31 décembre 1919, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr ANT. RITTI, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 63, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

---

(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 général 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. MARETHEUX, imprimeur, 1, rue Cassette.

©BIUM

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie

INTRODUCTION

A

UN ESSAI DE CLASSEMENT

SYNDROMIQUE ET ÉTIOLOGIQUE

Par le Dr R. TRUELLE

Médecin-chef des asiles de la Seine.

Suite et fin (1).

Qu'est-ce, en effet, qu'une *maladie*, au sens où il faut le comprendre dans les classements pathologiques?

C'est un « processus morbide considéré dans toute son évolution, depuis ses causes initiales jusqu'à ses conséquences dernières »; c'est encore, si l'on veut, « l'ensemble des phénomènes qui se produisent dans un

(1) Voir les *Annales* de juillet 1919.

©BIUM

organisme subissant l'action d'une cause morbifique et réagissant contre elle ». (Roger. *Introduction à l'étude de la médecine.*) Il apparaît immédiatement qu'aucun des groupements nosologiques créés en pathologie mentale ne répond à cette définition. Puisque nous ignorons, par exemple, ou que nous discutons la cause — et sans doute plus exactement les causes — de la *démence précoce*, de la *folie maniaque dépressive*, des *délires* plus ou moins *systématisés* — quel que soit le nom qu'on leur donne — il ne saurait être question de les considérer comme des *maladies* dès maintenant connues et par conséquent délimitées. Les disputes sans fin qu'elles suscitent, les remaniements quasi journaliers qu'elles subissent, l'incertitude de leurs cadres respectifs, l'ignorance ou le doute où nous sommes de leurs caractères essentiels, montrent bien la fragilité des bases sur lesquelles elles ont été édifiées, et sont parfaitement incompatibles avec la notion d'*entités morbides*, de *maladies* autonomes au sens de la pathologie.

Pour mieux faire saisir notre pensée, prenons deux des formes les mieux connues dans leurs éléments, soit par leur étiologie, soit par leur symptomatologie, leur évolution ou leur anatomie pathologique : la *paralysie générale* et la *folie alcoolique*. Ni l'une ni l'autre ne sont de véritables *maladies mentales*.

Sans revenir sur ce qui a été dit de la paralysie générale, même en la limitant à l'ancienne folie paralytique ou à la plus récente méningo-encéphalite inflammatoire diffuse primitive, même en n'acceptant que les cas d'origine syphilitique, ainsi restreinte, elle serait encore quelque chose de très différent d'une maladie mentale. Ce serait l'expression d'un certain mode de localisation sur l'encéphale et ses enveloppes — encore cette localisation n'est-elle pas exclusive, puisque tout le système nerveux et tous les viscères

peuvent être aussi plus ou moins touchés — d'une maladie, la syphilis. Ce serait une *affection cérébrale* à symptomatologie à la fois physique et psychique, mais rien de plus. Et ceci n'est pas sans importance. C'est l'explication au contraire, et en quelque sorte la justification de tous les désaccords où l'on reste à son égard, et qui seraient inadmissibles et incompréhensibles s'il s'agissait d'une maladie proprement dite. Cette affection cérébrale, qui conditionne un syndrome clinique déterminé dans ses grandes lignes, mais variable par ailleurs, on admet très bien en effet qu'elle soit réalisée par d'autres processus toxiques ou infectieux, par d'autres « causes morbifiques » que la syphilis, puisque l'on sait que des causes différentes peuvent produire des effets anatomiques semblables. On conçoit très bien aussi qu'elle puisse être confondue avec d'autres affections cérébrales similaires qui, pour n'être pas absolument identiques, n'en réaliseront pas moins, primitivement ou secondairement, un syndrome clinique tellement voisin qu'il sera extrêmement difficile, sinon impossible de l'en différencier. Ici, comme en neurologie pure, l'axiome est toujours valable, que ce n'est pas la nature de la lésion, mais son extension et sa localisation qui commandent les symptômes observés. D'autre part on comprend qu'une même cause, l'agent infectieux de la syphilis, agissant toujours sur les méninges et sur le cerveau, détermine une affection cérébrale différente de la précédente, et dont la symptomatologie sera elle-même différente ; de telle sorte que s'il est vrai que la paralysie générale est souvent — sinon toujours — une syphilis cérébrale, chacun sait qu'il existe des syphilis cérébrales qui ne sont pas des paralysies générales.

Pas davantage la *folie alcoolique* ne saurait constituer une maladie mentale. C'est tout au plus, elle aussi, une affection cérébrale, ou plutôt un complexus d'affec-

©BIUM

tions cérébrales, nerveuses et viscérales les plus diverses à symptomatologie mentale prédominante, mais non exclusive, conséquence d'une maladie déterminée, l'intoxication alcoolique. Celle-ci même n'est pas tout, il s'en faut, dans l'étiologie des troubles mentaux rangés sous cette dénomination. Déjà le fameux aphorisme « ne devient pas alcoolique qui veut » suffirait pour indiquer que les état psychopathiques consécutifs aux abus de boisson ont une origine complexe où l'éthylisme n'entre que pour une part essentiellement variable. Le rôle mieux connu des auto-intoxications surajoutées, celui depuis longtemps signalé des traumatismes matériels et moraux ou des états fébriles concomitants, la notion du terrain, restreignent d'autant l'action propre de l'alcool dans la genèse des états morbides qui lui sont attribués. On pourrait objecter que cela n'est pas spécial à l'alcoolisme, et que dans toutes les maladies, même dans les microbiennes, spécifiques par définition, des causes adjuvantes ou préparantes sont nécessaires. Seulement, dans la folie dite alcoolique, la cause toxique essentielle est souvent des plus mal déterminées ; à côté de syndromes qui sont en effet la conséquence directe indéniable de l'imprégnation éthylique, occasionnelle ou prolongée, on y a fait entrer beaucoup d'autres où cette imprégnation est toute relative et même ne joue plus parfois qu'un rôle banal de cause occasionnelle. Et puis quand bien même, la folie alcoolique ne serait encore qu'une suite de syndromes mentaux, partie seulement des divers processus morbides occasionnés par la maladie « alcoolisme », susceptible de se manifester par quantité d'autres affections viscérales : gastriques, hépatiques, rénales, cardiaques, nerveuses, etc.

D'autre part, limité à ses seules manifestations psychiques, l'alcoolisme est remarquablement protéiforme et perd en grande partie ses caractères de spécificité.

Il n'est pour ainsi dire pas une des variétés de troubles ment aux observés dans cette intoxication qui, considérée en elle-même, ne puisse être réalisée par une maladie infectieuse ou par un autre processus toxique, d'origine externe ou interne. Est-il besoin de rappeler que les ivresses délirantes dont « les symptômes essentiellement passagers comme l'intoxication, varient avec le sujet lui-même, la dose du liquide absorbé, la nature de ce dernier », (Dupré. *Traité de pathologie mentale*) se confondent trop aisément au point de vue de leur symptomatologie psychique avec les ivresses dues à d'autres toxiques ? Faut-il dire que la psychose polynévritique de Korsakoff n'est pas toujours d'origine alcoolique, et que la presbyophrénie revêt parfois avec elle de telles analogies qu'on a cru pouvoir les identifier ? Faut-il parler des syndromes paralytiques fugaces et des paralysies générales ou pseudo-paralysies générales d'origine alcoolique ? Même la forme la plus fréquente, la plus classique, la plus caractéristique : le délire alcoolique subaigu de Lasègue, qui survient au cours de l'intoxication chronique, n'est pas spécial absolument à l'éthylisme. On l'a observé, avec tous ses caractères essentiels, chez des athéromateux, des paralytiques généraux, chez des insuffisants hépatiques et rénaux, privés depuis de longs mois de toute boisson alcoolique. « Il est commun à toutes les intoxications », a-t-on dit. Et si son étiologie est en général aisément diagnosticable, c'est souvent grâce à des phénomènes accessoires, et à la coexistence de signes étraugers à la symptomatologie mentale, grâce aussi à l'extrême fréquence de l'intoxication alcoolique, plutôt que grâce à sa spécificité clinique. Que dire alors de ces délires plus ou moins systématisés, de ces poussées d'excitation ou de dépression, curables ou non, qui peuvent évoluer vers la chronicité ou vers un syndrome de démence précoce ? L'alcool, ici, semble

©BIUM

bien ne jouer que ce rôle de second plan, — dont nous parlions tout à l'heure — mais volontiers placé en première ligne par ce besoin naturel que nous avons d'expliquer chaque effet par une cause déterminée, et par la commodité qu'il y a à relever des excès de boisson chez tout individu qui n'est pas systématiquement abstinent. — Ceci dit, toutefois, sans vouloir nier l'importance, trop bien établie, de l'alcoolisme, tant comme agent déterminant ou occasionnel de troubles mentaux délirants ou déficitaires, que comme facteur d'hérédité; maissimplement pour montrer la fragilité du lien étiologique qui réunit des syndromes psychopathiques par ailleurs si dissemblables et d'importances si diverses.

Ayant volontairement choisi deux des formes les plus universellement admises, et les mieux connues, de la pathologie mentale pour établir que, si l'on est en droit de les envisager, soit comme des affections cérébrales à symptomatologie psychique suffisamment différenciée, soit comme des complexus dont les manifestations polymorphes ont une certaine communauté étiologique, elles ne constituent pas cependant des maladies à proprement parler, il apparaîtra sans doute inutile de nous étendre sur d'autres variétés moins unanimement acceptées, et dont on ignore encore trop d'éléments positifs essentiels. Les raisons données dans les deux exemples précédents s'appliqueraient *mutatis mutandis* à tous les groupes créés en nosographie.

Puisqu'en fait nous ne connaissons pas en médecine mentale un seul « processus morbide dans toute son évolution, depuis ses causes initiales jusqu'à ses conséquences dernières », nous pouvons dire que nous ne connaissons pas, à l'heure actuelle, une seule maladie mentale proprement dite.

On peut peut-être aller plus loin, et déclarer, qu'au

©BIUM

sens que ce mot doit avoir en pathologie générale, il ne saurait en exister.

Ceci demande quelque développement.

Dès les temps les plus anciens, on s'est efforcé d'établir une séparation radicale entre deux catégories de troubles mentaux opposés, pensait-on, dans leur essence même : d'un côté, ceux que l'on considérait comme le produit occasionnel de divers états maladifs du cerveau ou des autres organes ; de l'autre ceux qui, étant véritablement un trouble de l'âme, auraient une existence propre, indépendante de toute affection coexistante. Lorsque, au début du XIX^e^ siècle, sous l'impulsion des aliénistes français, la pathologie de l'esprit fut entrée définitivement dans le cadre des études médicales, cette séparation fut maintenue. On la trouve mise au point et systématiquement développée par Parchappe, dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*. Rangeant tous les troubles mentaux quels qu'ils soient sous l'appellation générique d'aliénation, Parchappe établit entre eux les distinctions suivantes :

Dans un premier groupe figurent ceux qui, étant « l'expression d'une insuffisance congénitale dans les aptitudes intellectuelles et morales », ne résultent pas d'un processus morbide acquis, et par suite ne méritent pas le nom de maladies, mais celui *d'infirmités* (1).

Dans un second, il range ceux qui, bien que « développés accidentellement pendant le cours de la vie », comme il est nécessaire, mais non suffisant, pour con-

(1) Et dans ce groupe, il comprenait non seulement les cas où l'infirmité s'est trouvée immédiatement et définitivement établie dès avant la naissance, mais ceux où « les conditions essentielles de cette insuffisance continuent à se produire après la naissance », et aussi ceux où « l'arrêt de développement organique et fonctionnel (ou la production d'états morbides équivalents par rapport à leurs effets) a commencé à se produire soit immédiatement après la naissance, soit peu de temps après ».

©BIUM

stituer une maladie, ne sont réalisés que « comme *effets accessoires* sous l'influence de développements « morbides » divers, producteurs de lésions encéphaliques quelconques.

Enfin, dans le troisième groupe, nettement séparés, les « états d'aliénation mentale qui, sous les *formes les plus variées*, expriment essentiellement le moment actuel d'un développement morbide, lequel commence postérieurement à la naissance, en suivant une marche déterminée, et en tendant vers une fin, la guérison, l'incurabilité ou la mort, et qui, par conséquent, ont tous les caractères d'une *maladie proprement dite* ». Et cette maladie, unique dans son espèce, mais multiple dans ses variétés, c'était pour Parchappe et ses contemporains tout uniment la folie.

Ainsi, mettant à part le groupe des infirmités et celui des accidents mentaux occasionnés par les diverses maladies ou affections corporelles et cérébrales, les aliénistes d'alors ne reconnaissaient qu'une seule et unique maladie mentale, particulière à l'esprit, à la raison : la *folie*, ou la *vésanie*, comme on l'appellera un peu plus tard. Tous les cas particuliers décrits sous les noms de manie, monomanie, lypémanie, etc., ne sont que les *formes* plus ou moins spécialisées, les *variétés*, sous lesquelles elle se manifeste.

La nosographie moderne a rappelé dans son ensemble l'ancienne opposition entre les infirmités et ce que l'on est convenu d'appeler les psychoses ou maladies psychiques proprement dites. Cette séparation semble, en effet, s'imposer, malgré qu'il n'y ait encore là rien d'absolu, et que des controverses puissent être soulevées sur la légitimité des raisons qui font ranger tel ou tel cas dans un groupe plutôt que dans l'autre (1). On a con-

(1) Tous les auteurs, en effet, ne s'accordent pas dans cette répartition respective.

servé généralement aussi la distinction établie entre le deuxième et le troisième groupe, entre ce qu'on peut appeler avec le Pr Régis, les *psychopathies secondaires* et les *psychoses primitives*, mais sans y attacher la même importance doctrinale que jadis. Nul, en effet, ne saurait concevoir actuellement le fonctionnement de l'esprit comme l'expression d'une force supra-substantielle, ayant son activité propre, ses exaltations et ses déchéances, ses anomalies et ses divagations, indépendamment de toute modification cérébrale, passagère ou définitive, fonctionnelle ou proprement organique. Bien plus, ces modifications cérébrales que chacun — pour indéterminées qu'elles soient encore en grande partie — juge nécessaires dans la production des troubles mentaux quels qu'ils soient, on ne saurait guère, pour la plupart, les regarder à l'heure actuelle comme existant en elles-mêmes. Toute la tendance moderne consiste au contraire à les envisager, selon la formule qui servait à Parchappe à caractériser son second groupe, « comme des effets accessoires produits sous l'influence de développements morbides divers ». Et ces développements morbides, dont à la vérité nous ignorons souvent la cause, il est parfois possible d'en retrouver tout au moins l'effet dans tel ou tel trouble de l'organisme tout entier, ou dans telle ou telle affection viscérale déterminée.

Ainsi, loin de croire aujourd'hui à une maladie de l'âme indépendante de l'état des organes, et même du cerveau, on est persuadé au contraire que tous les troubles psychiques doivent être envisagés comme des manifestations d'affections cérébrales — souvent accompagnées d'affections d'autres organes — produites elles-mêmes par des états maladifs divers, d'ordre beaucoup plus général. Sans doute on pourrait faire observer que beaucoup d'états psychopathiques apparaissent nullement accompagnés de modifications orga-

©BIUM

niques, cérébrales ou corporelles — tels, par exemple, certains troubles élémentaires épisodiques, certains délires systématisés, certaines psychoses à répétition ou à évolution progressive. Par conséquent, ils sembleraient être sous la dépendance d'un processus morbide spécial portant directement et exclusivement atteinte à la fonction psychique; et il existerait dès lors au moins une maladie mentale, au sens que ce terme doit avoir dans les classements pathologiques. Mais sans répondre que si ces troubles mentaux nous paraissent naître et se développer indépendamment de toute cause organique d'ordre plus ou moins général, de toute maladie reconnue, c'est que nos moyens d'investigation sont encore très imparfaits; sans objecter que l'on ne conçoit guère le trouble d'une fonction en dehors d'une modification corrélative de son substratum anatomique, il n'en reste pas moins que cette maladie mentale — ou ces maladies mentales — nous ne la connaissons pas. Puisqu'elle serait l'expression de processus morbides autonomes agissant uniquement sur la fonction psychique, tout ce que l'on en peut supposer, c'est que ces processus résulteraient, à l'exemple de certaines maladies familiales, de tendances constitutionnelles en quelque sorte fatales; et de ces tendances le facteur habituel, sinon constant, la cause réelle, ne saurait être que l'hérédité. Or, nous sommes encore trop éloignés de connaître toutes les lois de l'hérédité, toutes ses origines, ses moyens et ses conséquences, pour fonder sur sa spécialisation hypothétique à la seule fonction psychique, des entités morbides, des maladies mentales parfaitement établies et délimitées.

En résumé, nous croyons pouvoir dire ceci : contrairement à l'opinion encore très répandue, ce que, en dehors des *infirmités*, les classifications de la pathologie mentale peuvent uniquement comprendre, ce sont : ou

bien des *syndromes* psychopathiques plus ou moins différenciés, ou bien certaines localisations cérébrales de maladies générales connues ou de processus mal définis, c'est-à-dire des *affections cérébrales* à symptomatologie mentale et non pas des affections mentales. Mais nous n'avons aucune donnée sûre qui nous permette de considérer tel syndrome ou telle affection comme étant caractéristique d'une *maladie mentale* quelconque. C'est par un abus de langage, secondaire sans doute en pratique médicale, mais d'une importance capitale en nosographie et en pathologie, que la plupart des syndromes mentaux ou des affections cérébrales à symptomatologie mentale ont été élevés à la dignité de maladies.

Comprendre ainsi les choses ce n'est pas rabaisser la somme de nos connaissances, mais au contraire les préciser, et peut-être en favoriser le progrès, puisque c'est débarrasser la médecine mentale de controverses stériles.

C'est précisément dans cette conception abusive de la valeur intrinsèque des groupes nosologiques créés qu'il faut chercher en effet la principale cause de ces antagonismes d'école et de cette impossibilité où l'on a toujours été d'établir en pathologie mentale une classification stable; et c'est par suite la raison majeure de ces discordances troublantes que l'on rencontre à chaque pas dans l'application à la pratique des études psychiatriques théoriques.

Si l'on estime, par exemple, que la démence précoce et la folie maniaque dépressive sont deux maladies distinctes, il apparaît inadmissible, entre autres anomalies, qu'un aussi grand nombre de cas aient de tels caractères communs qu'ils puissent tour à tour être rangés dans l'une ou l'autre de ces *maladies*; il est non moins troublant de voir des complexus cliniques tels

©BIUM

que le délire systématisé chronique être considéré tantôt comme appartenant à la *maladie* démence précoce, tantôt comme ressortissant à une autre, essentiellement différente, qui serait la paranoia, la paraphrénie, la démence paranoïde, distincte de la démence précoce paranoïde.

Si l'on admet au contraire que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne devons légitimement parler que d'affections cérébrales et de syndromes mentaux, on conçoit sans difficulté que, par exemple, la manie ou les états maniaques, la mélancolie ou les états dépressifs et mélancoliques, regardés uniquement comme des syndromes limités — et c'était d'ailleurs la conception de Morel — puissent être englobés dans un autre complexus qui ne sera lui-même qu'un syndrome plus vaste et plus compréhensif, la folie intermittente, ou la psychose maniaque dépressive, comme on voudra l'appeler. On conçoit de même que la paralysie générale considérée non pas comme une maladie définie, mais comme un syndrome psycho-organique issu d'une affection cérébrale déterminée, soit pour les uns la manifestation tardive d'une syphilis nécessaire, et que pour d'autres ce syndrome démentiel — ou des syndromes similaires — puisse être réalisé par des lésions diffuses méningo-corticales identiques ou très voisines, mais procédant d'interventions quelconques, ou d'agents infectieux autres que le tréponème pâle.

Si l'on cessait de faire intervenir dans cette branche de la pathologie la notion de *maladie*, probablement fallacieuse, en tout cas prématurée ; si l'on cessait de poursuivre la chimère de la « classification des maladies mentales », il deviendrait possible, semble-t-il, à tous les aliénistes, d'adopter un ordre de classement sinon unique et définitif, du moins fondé sur des principes identiques. Ouvert à toutes les données ultérieurement

à acquérir, ne préjugeant rien de la stabilité future ni de l'indépendance réciproque des groupements proposés, ne créant entre eux aucune barrière aussi absolue que fictive, ce classement resterait débarrassé de toute vue *a priori* et de tout dogmatisme d'école. Il serait essentiellement clinique, et épargnerait aux débutants ce désarroi où ils se trouvent souvent, et cette difficulté qu'ils ont d'adapter les faits observés aux notions de pathologie qui leur sont enseignées.

Voici, succinctement exposés, quels pourraient être l'ordre et le plan de ce classement en plusieurs étapes.

En premier lieu, délimiter exactement les syndromes psychopathiques élémentaires couramment observés. En second lieu, par l'application de la méthode naturelle de Falret, grouper ces syndromes en d'autres plus généraux et plus compréhensifs. Rattacher ensuite ces syndromes, ou du moins ceux pour qui la chose serait possible, à des affections cérébrales déterminées. Enfin, ces affections elles-mêmes, les relier les unes aux autres suivant la même loi naturelle. Et enfin dans certains cas, malheureusement encore trop peu nombreux, préciser et fixer les conditions de leur développement, les causes prochaines et lointaines de leur apparition, les rattacher en un mot aux diverses maladies d'ordre général dont elles découlent.

Ce serait là, croyons-nous, la meilleure pathologie mentale à faire, non seulement parce que la plus logique, mais aussi parce que la plus pratique et la plus utile. C'est celle d'ailleurs à qui, depuis un siècle, se sont consacrés les aliénistes français, et qui, fondée sur la clinique et l'observation des faits, débarrassée de toute théorie inutile, a permis à la Médecine mentale les progrès considérables que tous ceux qui restent encore à réaliser ne sauraient faire oublier.

©BIUM

QUELQUES REMARQUES

A PROPOS DE

L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE DE 1918

A L'ASILE D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON

PSYCHOSES GRIPPALES

ET PSYCHOSES FAVORABLEMENT INFLUENCÉES PAR LA GRIPPE

Par le Dr LATAPIE

Médecin adjoint de l'asile.

Nous tenons à rapporter quelques constatations qu'il nous a été permis de faire au cours de l'épidémie de grippe de 1918.

Nous mentionnerons d'abord les caractères généraux que revêtit la grippe chez nos malades ; nous signalerons, en second lieu, les cas de psychoses grippales ou consécutives à la grippe observés parmi nos entrantes ; nous relaterons, enfin, les modifications heureuses qui, du fait de la grippe ou tout au moins en relation étroite avec celle-ci, se sont produites chez deux de nos malades de l'asile.

1. — La grippe a relativement fort peu touché nos malades, surtout si nous tenons compte que notre population habituelle s'accrut, en 1918, très sensiblement du fait que nous eûmes à recueillir 88 des malades de l'asile de Bailleul, 29 de l'asile d'Amiens et un certain nombre d'évacuées, devenues aliénées lors des événements douloureux de mars et avril 1918.

©BIUM

La grippe fait son apparition à Saint-Yon au début de juillet 1918 et y sévit d'abord jusqu'au milieu d'août. Elle y atteint une cinquantaine de malades, disséminées dans différents quartiers. Les premières malades, frappées en juillet, furent souffrantes durant une dizaine de jours. Dans le courant d'août, les symptômes furent plus fugaces, plus atténués, les complications moins sérieuses. Dans les premiers cas, dominèrent les formes pulmonaires, avec congestion, broncho-pneumonie et abattement ; souvent, il s'y ajoutait des troubles intestinaux ; la convalescence traînait en longueur (inappétence et asthénie). Dans les formes d'août, nous constatâmes, le plus souvent, une simple courbature fébrile avec angine, lassitude générale, l'affection évoluant cette fois en trois à quatre jours. En juillet, nous eûmes à déplorer trois décès du fait de grippe compliquée, ayant frappé trois de nos malades en état de moindre résistance, l'une en période de vive excitation maniaque, deux autres démentes séniles, âgées et fort affaiblies.

La grippe reparaît à l'asile en novembre. Nous observons une quinzaine de cas, dont la plupart se produisent dans le même quartier. Les formes pulmonaires dominent et sont particulièrement graves chez deux des plus jeunes malades, qui sont rapidement emportées. Tous les autres cas évoluent favorablement, mais en quinze à vingt jours.

Nous n'avons donc perdu, en 1918, du fait de la grippe, que cinq malades. Si nous tablons sur une cinquantaine de cas, en juillet et août, et une quinzaine de cas en novembre, nous croyons devoir estimer que nous avons eu une mortalité grippale faible et que nous avons été également favorisés dans l'atteinte de la terrible épidémie, étant donné surtout le chiffre élevé de notre population, qui oscilla de 1.300 à 1.400 malades. Nous avons eu à nous louer, dans le traitement

©BIUM

de la grippe, d'injections de sérum au bichlorhydrate de quinine et cacodylate de soude.

2. — D'octobre à novembre, ont été admises à l'asile cinq malades, frappées de troubles mentaux au cours ou au décours de la grippe.

a) La première, dame B..., entre, le 31 octobre, pour « dépression mélancolique, préoccupations mystiques, hallucinations de l'ouïe, insomnie; grippe récente ». Elle sort guérie en avril 1919.

b) La deuxième, dame V..., entre, le 11 novembre, pour « état confusionnel consécutif à la grippe; désorientation, conscience incomplète de sa situation, obnubilation, agitation intermittente ». Elle quitte l'asile le 23 novembre, très améliorée, sur la demande de sa famille et n'y est plus ramenée.

c) La troisième, dame C..., entre, le 18 novembre, pour « agitation maniaque, incohérence des idées et des actes, vagues idées de persécution, grippe récente ». Elle sort guérie le 12 décembre, après avoir présenté, au cours de son traitement, une légère dépression mélancolique fugace.

d) La quatrième, dame D..., entre, le 22 novembre, pour « dépression mélancolique avec troubles sensoriels, hallucinations de l'ouïe, idées de culpabilité, de suicide, anxiété; grippe récente ». Elle sort très améliorée le 25 décembre, et n'est plus ramenée à l'asile.

e) La cinquième, dame F..., entre, le 3 décembre, pour « excitation maniaque avec désordre des idées et des actes, chants, déclamations, mobilité d'humeur, illusions et hallucinations diverses, insomnie ». Cette malade se montre par la suite très mélancolique, anxieuse, délirante, hallucinée. Elle sort, sur l'insistance de son mari, le 1er février 1919, non guérie, mais encore déprimée.

Sur nos cinq malades atteintes, du fait de la grippe, de troubles mentaux, quatre ont donc pu assez rapidement quitter l'asile, deux guéries, deux très améliorées, une seule fut confiée à son mari restant encore troublée. Il semble qu'il serait possible, dans bien des cas, d'éviter à des malades devenues psychopathes par suite de grippe la pénible nécessité d'un internement,

leurs troubles psychiques évoluant, en général, favorablement en quelques semaines.

La psychose grippale, d'après ces quelques cas, est le plus souvent caractérisée par des symptômes prédominants d'excitation ou de dépression et paraît éminemment curable.

3. — Nous avons vu deux de nos malades de l'asile, entrées depuis un temps relativement récent, l'une guérir, l'autre présenter un état de rémission, au moment où elles étaient grippées. Ces deux malades étaient encore jeunes (âgées de trente à trente-cinq ans l'une et l'autre).

a) La première, dame L..., admise, le 14 janvier 1918, pour « excitation maniaque avec incohérence des idées et des actes, langage déclamatoire, confusion des souvenirs, idées de persécution, troubles sensoriels », continue de se montrer extrêmement troublée jusqu'à novembre. A ce moment, la dame L... est atteinte de grippe avec complications pulmonaires. La grippe amène la disparition des symptômes mentaux, et, dès fin novembre, M^me^ L..., guérie de sa grippe et de son accès maniaque, calme et lucide, aidait, avec une spontanéité et une bonne volonté dignes d'admiration, à donner des soins aux malades du quartier d'isolement des grippées.

La guérison se confirme, et M^me^ L... sort, définitivement guérie, au début de janvier.

b) La deuxième, dame B..., est entrée, en août 1917, pour « débilité mentale avec idées de persécution et délire hallucinatoire; hallucinations auditives, visuelles, olfactives, de la sensibilité générale et psycho-motrices; idées de possession. Se dit électrisée, dardillonnée par le simul (*sic*); elle a deux personnes dans l'estomac, dont elle entend les voix distinctes et qui la forcent à parler malgré elle; on lui fait respirer des odeurs de soufre, de chloroforme. Des voix lui conseillent de s'empoisonner plutôt que de continuer à subir son supplice; excitation par intervalles; insomnie ».

Cette malade, dont le délire très actif avec excitation, récriminations coléreuses et agressivité par intervalles, reste stationnaire depuis l'entrée, tombe grippée en novembre 1918. Durant tout le cours de son infection, elle se montre calme,

©BIUM

docile, attentive, n'émet aucune idée délirante, ne fait allusion à aucun trouble sensoriel; elle paraît transformée; il s'agit d'une véritable rémission. Mais, dès l'infection terminée, la dame B... se montre à nouveau délirante, hallucinée, et tout aussi irritable et récriminante qu'antérieurement à sa grippe. La coïncidence de la rémission mentale et de la grippe avait été frappante.

Un état infectieux, s'il détermine certaines psychoses, paraît donc, par contre, pouvoir améliorer, voire même guérir certains troubles mentaux. Mais son influence ne s'exercerait-elle pas d'autant plus favorablement que les troubles mentaux sont moins anciens? Il nous semble permis de l'admettre. Si, en effet, M^me^ L... et M^me^ B... (internées relativement depuis peu de temps) ont subi d'heureux effets de l'infection grippale, par contre, nos malades anciennes, versées depuis de longues années dans la chronicité, n'ont vu leur état mental nullement modifié de façon sensible par le fait de leur affection intercurrente.

Dans un court article, que nous avions publié dans la *Gazette médicale de Nantes* sous l'énoncé de : « Contribution à l'étude des rapports entre les états toxi-infectieux et les maladies mentales », nous avions rapporté quatre cas de troubles mentaux très nettement améliorés par un état toxi-infectieux. Et, rapprochant cette modification favorable d'un trouble mental, par l'effet d'une infection surajoutée, de l'évolution favorable que subissent en médecine générale certaines infections graves par suite de l'apparition d'une infection secondaire (d'un abcès local, par exemple), nous nous demandions si l'hypothèse la plus vraisemblable à déduire de nos observations n'était pas que, si l'infection guérit ou apporte une rémission à une affection mentale, c'est que celle-ci est elle-même, en principe, sous la dépendance d'une première toxi-infection, des éléments infectieux

©BIUM

nouveaux neutralisant (s'il en est temps encore) les toxines existant déjà dans l'organisme.

La médecine mentale tendrait ainsi, une fois de plus, par les données de ces observations, à rentrer dans les règles communes de la médecine générale. La relation entre l'ancienneté d'un trouble mental et sa plus ou moins grande susceptibilité d'être favorablement modifié par un état infectieux, qui nous a frappé dans nos deux cas (1), ne pourrait, nous semble-t-il, que nous permettre de considérer comme plus vraisemblable l'hypothèse de la nature primitivement toxi-infectieuse d'une psychose qu'une infection secondaire peut heureusement transformer.

N'est-il pas permis d'entrevoir une thérapeutique des maladies mentales qui serait tout autrement efficace que la simple médication symptomatique, à peu près exclusivement employée jusqu'à ce jour dans nos asiles?

---

(1) Le Dr Damaye publiait dans les *Annales médico-psychologiques* de mai 1919 deux observations de troubles mentaux ayant évolué favorablement à la faveur de la grippe; il s'agissait également, dans les deux cas, de malades encore jeunes (vingt-sept et trente-huit ans) et atteintes depuis peu d'années dans leur psychisme (l'une entrée en novembre 1916, la seconde en septembre 1917). Ces deux malades présentaient donc les mêmes conditions que les nôtres sous le double rapport : âge, ancienneté de l'affection mentale.

©BIUM

COMMOTIONNÉS ET HYSTÉRIQUES

CHEZ NOS ENNEMIS

ET QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA PSYCHOLOGIE ALLEMANDE

Par le Dr André GILLES
Interne des asiles de la Seine,
Médecin aide-major.

La psychonévrose semble avoir sévi avec intensité chez nos ennemis. Si tant est qu'il nous est permis d'accorder quelque foi à une statistique allemande, nous voyons que le nombre des cas de « troubles psychiques engendrés par la commotion » et « susceptibles de guérir par la suggestion et le courant électrique » serait tel, chez eux, que par an et par chaque corps d'armée, le déchet des incurables atteignît le chiffre de cent sujets comme nombre minimum. Cette statistique, qui vise vraisemblablement deux années de guerre, est donnée par le chef du Centre des maladies nerveuses de Ludwigshafen, il est le promoteur du traitement dont nous parlerons ici. Nous le désignerons sous son initiale K..., et nous garderons la même réserve vis-à-vis de ses confrères, estimant inutile de donner quelque publicité à des adeptes de la Kultur. Cette proportion des incurables, telle que l'accuse la statistique précitée, nous laisse à penser que le nombre des cas de psychonévrose a été plus considérable chez nos ennemis que chez nous, d'autant que les chiffres ont dû aug-

©BIUM

menter depuis avec la durée et l'accroissement des causes qui provoquent ces accidents. A propos de ces nombreuses manifestations de psychonévrose, nous allons chercher à trouver quelles tendances psychopathiques sont incluses dans le psychisme allemand actuel, tel que l'a fait son évolution contemporaine. Cette notion du terrain, expliquant la fréquence, mise à part, nous devons noter dans les statistiques allemandes certaine imprécision : ni dans les études du professeur O. Sch..., ni dans celles de K..., n'apparaît avoir été clairement faite la distinction entre les troubles émotionnels, commotionnels, fonctionnels et même confusionnels et psychiques proprement dits. Bien qu'au point de vue pratique les termes employés, « troubles psychiques engendrés par la commotion et susceptibles de guérir par la suggestion et le courant électrique » déterminent exactement la catégorie clinique à laquelle fait allusion la statistique, il ne semble pas qu'apparaisse dans les textes la notion pathogénique de psychonévrose, ils disent en général « troubles psychiques », sans plus. Nous constaterons qu'à quelques modifications près, ils sont arrivés à des conclusions, au point de vue thérapeutique, sensiblement identiques aux nôtres. Après de nombreux tâtonnements et de multiples discussions, les spécialistes allemands sont tombés d'accord pour préconiser le « torpillage », et O. Sch..., qui semblait tout d'abord réluctant, s'y est rallié dans un article de la *Münch. med. Woch.*, en date de septembre 1916. Ils appellent le torpillage, c'est-à-dire, suivant leurs termes, « l'utilisation coercitive de l'électricité dans les accidents hystériques », l'Ueberrumpelung, ce que nous pouvons traduire par attaque ou manœuvre brusquée.

Il est certain, et cela fut sensible dès le début de la guerre, que le soldat allemand a été éminemment impres-

©BIUM

sionnable au feu des canons. L'expression d'apeurement hébété des premiers prisonniers qui, venant de subir les rafales de nos 75, ne savaient plus que répéter inlassablement : « Schrœcklisch » (effroyable), ou bien : « Granaten ! granaten ! » (les obus ! les obus !) en témoigne, de même que ce besoin de s'exprimer en images fortes, parce que les impressions furent intenses, comme celles du « Trommelfeuer ».

L'Allemand, pour être un soldat discipliné vis-à-vis de ses chefs, et aussi, consciencieusement discipliné, c'est-à-dire vis-à-vis de lui-même et de sa conviction intime du devoir patriotique et loyaliste, ne possède cependant pas ce don de contrôle psychologique, élégant et facile, que nous voyons au Français et à l'Anglais et que leur a acquis la police d'une vieille civilisation. L'Allemand, certes, a la maîtrise de lui-même ; sa servilité, la prudence de ses espions nous sont le garant de cette capacité ; mais il ne l'a que par à-coups, en donnant à des instincts qui ont conservé une violence d'impulsion toute primitive de grands coups de freins soudains auxquels succèdent de brusques détentes où se révèlent des sursauts passionnels intenses, qui en feront, selon les circonstances, soit une brute déchaînée, soit une bête affolée.

Pour qui a quelque peu fréquenté des Allemands transparaît en mille détails ce caractère chaotique de l'âme allemande. Tout en nous gardant de nous lancer dans les systématisations à la façon de Taine, nous pouvons concevoir que la terre et le climat modèlent essentiellement la race, qui est plus déterminée par ces facteurs et l'ambiance de mœurs et d'idées qu'elles suscitent qu'elle ne l'est par toutes ces revendications ethnographiques et juridiques où se complaisent les divagations tendancieuses des historiographes du Deutschtum. Quant à la nation, c'est l'unité morale, et

non la race, qui la fait et il est des Germains de France qui sont parmi les meilleurs Français.

Or, sa terre dure et souvent morne, son histoire confuse et souvent malheureuse ont appris à l'Allemand l'effort, la discipline et partant le devoir, mais aussi le culte matérialiste de ces choses que la rareté et la difficulté faisaient précieuses avant toute autre en Germanie, manger et dominer, et pour les obtenir, ruser tour à tour et agir en toute brutalité. Puis, en contraste absolu avec ces réalités, l'envol incontrôlé de l'imagination vers les rêves démesurés auxquels l'invitent les horizons illimités des landes taciturnes de Brandebourg ou les coteaux nébuleux de Franconie. Sur ce fond psycho-physiologique imparfait, l'histoire contemporaine, de même que l'évolution volontaire de son esprit dans un culte brutal du matérialisme, apporte chez l'Allemand actuel l'occasion d'un déséquilibre ; déséquilibre, produit par l'enivrement des victoires du XIX^e^ siècle, par le fabuleux essor économique et natalitaire, par l'appel du peuple vers les centres industriels et le luxe des villes, mais aussi vers l'étiolement à l'usine et l'abrutissement de l'alcool. L'Allemand ne boit guère que de la bière; mais, si nous totalisons les degrés du nombre imposant des litres ingérés, nous ne serons pas loin de trouver les chiffres qui comportent l'intoxication. Il y avait disproportion très nette entre l'accroissement de la population et le développement des grandes cités, puisque chaque année une ville nouvelle montait au rang de ville de plus de cent mille habitants et que celles-ci, bien que la population allemande ne fût que le double de la nôtre, s'étaient multipliées au quintuple. Or, dans ces villes, l'Allemand devenait un jouisseur ; à côté des misères inconnues chez nous d'un paupérisme qui croupissait dans des caves, les villes offraient aux déracinés des champs leur luxe de pacotille, leurs dis-

©BIUM

tractions, leurs cinémas, leurs tentations ; or, le placement aux caisses d'épargne, bien qu'il augmentât en ces dernières années, n'était pas ce qu'il eût dû être, étant donné l'afflux des bénéfices nets que réalisait la nation grâce au développement de ses exportations, par lesquelles elle drainait l'argent par le monde entier, et étant donnée une répartition en apparence relativement équitable des salaires. L'Allemand, longtemps sevré de luxe et de confort, était donc devenu dépensier et jouisseur. Par ces diverses causes, entre tant d'autres, nous comprenons cette ascension colossale de la criminalité, des perversions, de l'idiotisme que nous pouvions constater en ces derniers temps chez nos ennemis. Le terrain allemand, déjà instable par nature, se dégénérait et devenait éminemment psychopathique.

L'Allemand placide est un masque qui cache la bête allemande que nous a révélée la guerre ; sous sa couche de graisse béate, sous le sourire de la Gemüthlichkeit — cette bonhomie n'est en somme que la satisfaction repue d'une grosse digestion — l'Allemand est, avant tout, essentiellement, un passionnel, et c'est pourquoi ils ont raison ceux qui nous disent que c'est un primitif, un non-civilisé, un barbare, mais... c'est un sauvage savant. Ce caractère passionnel apparaît dans l'importance que prenait en psychiatrie allemande la question de la « Sexualitæt » et ses innombrables perversions, qu'entraînait l'éveil tardif de la race à la maturité sexuelle alors que l'occasion des tentations imaginatives, avec la civilisation neuve, devenait de plus en plus précoce. Ainsi la « vertueuse Allemagne » se débauchait dans des excès pathologiques. Ces tendances aux impulsions d'instincts, toujours brutaux sur le terrain germanique, trouvaient-elles un tempérament dans une morale ou une religion apaisantes? Non, car les Allemands s'étaient créé une nouvelle morale, une

nouvelle religion mystico-scientifique vouées à une idée confuse qui associait dans un même concept brutal Dieu, Allemagne et Force. Au lieu de réfréner la brutalité ils codifiaient la violence, la divinisaient en l'idéalisant suivant leur penchant à idéaliser toute chose. « La pieuse Allemagne » n'avait plus qu'une piété limitée, toute spéciale, qui vouait son culte à elle-même. Un de nos collègues me signalait un fait qui me semble assez démonstratif. Dans un livre de piété, emprunté à un pasteur allemand prisonnier, ce livre contenant des illustrations, il remarquait que dans aucune des gravures le symbole de Dieu n'était représenté par les signes ordinairement usités chez les chrétiens, croix ou figure du Christ, mais par un poing ganté de fer, brandi parmi des nuées où fulguraient des éclairs ou bien où chevauchaient des Walkyries, et ceci était un livre de piété et portait sous le poing la mention : « Unser alter Gott » (Notre vieux Dieu).

Ainsi donc la brutalité des instincts de l'individu, tel que le faisait sa race, s'augmentait de la brutalité collective, systématisée dans une doctrine qui, selon ses applications, peut s'appeler Kultur ou pangermanisme, et qui conçoit, comme moyen de réaliser ses fins, la guerre, la guerre redoublée de férocité, avec massacres, pillages, viols. De toutes ces dépravations collectives, appliquées à la règle militaire, découlent les dépravations individuelles et, entre autres, celles de la psychonévrose.

Mais, en plus, je crois que l'Allemagne nous a donné l'exemple d'un délire paradoxal, à la fois mégalomaniaque et raisonné, avec idées de persécution, lorsqu'elle constatait que les autres nations ne s'inclinaient pas devant son rêve. C'est de ce délire qu'est né cette guerre. Dieu est la Force ; l'Allemagne forte et dure est sa révélation terrestre ; chaque Allemand est son pro-

©BIUM

phète et le reste de l'univers, hommes et choses, est la matière à nourrir le peuple élu ; devant l'Allemand élu, qui manifeste cette élection par son acceptation de l'ordre et de la discipline à la force, les autres doivent abdiquer leur liberté et... le nourrir, sinon qu'ils cèdent la place ou qu'ils meurent. Cette conception exubérante, presque unanimement admise, présentée sous une forme patriotique qui ne manque pas en elle-même de certaines beautés, à laquelle se dévouait l'Allemagne de toutes ses qualités de cohésion, de ténacité, d'organisation, cherchait ses justifications rationnelles dans une doctrine, cette doctrine n'étant qu'une interprétation finaliste, issue du matérialisme scientifique où la race allemande, son avènement, étaient la fin. De la sorte, sous les apparences d'une organisation sociale moderne et de conceptions savantes qui semblaient animées du plus pur esprit de progrès, l'Allemagne préparait la réalisation de sa volonté de violence antihumaine et d'égoïsme primitif.

Au point de vue psychologique nous constatons au sujet de cette idéologie de la Kultur certaines caractéristiques de l'âme allemande. Nous pouvons y voir, d'une part, une volonté raisonnée d'ordre, de contrôle, de réflexion qui érige un système et en étudie méticuleusement l'application, mais ceci en conflit d'harmonie avec autre chose qui s'y inclut, un vouloir confus, impétueux, débordant les possibilités de la réalisation et qui refuse de faire la critique de ce système et amène les pires erreurs psychologiques et politiques. Cette attitude de constante contradiction, et qui lui est essentielle, fait deux visages à la pensée germanique et se rencontre dans tous les ordres de l'activité allemande, et ajoute à sa confusion et à son désordre sous l'apparence de l'ordre. Mais cette confusion se trouve dès l'élaboration intellectuelle elle-même, dans le mécanisme psycholo-

©BIUM

gique : à l'analyse du système allemand, nous voyons confondus le patriotisme, l'égoïsme individuel, Dieu, la force, la science, la religion, la morale, l'idée sexe et l'idée race, le sens des idées s'enchevêtrant, s'amalgamant, se bouffissant, tous les plans psychologiques et intellectuels étant comme traversés d'un seul élan, transfixés par l'idée primitive grossie des autres à l'état d'association monstrueuse et qui arrive, ayant ainsi perdu, avec ses délimitations rationnelles, tout son caractère idéatif, à n'être plus elle-même que l'expression vague, diffuse, énorme d'une impulsion complexe, d'aspirations passionnelles, où il n'y a de corrélation que par une uniformité qui n'est qu'en tendances, l'orientation selon un Gefühlton.

C'est tout son mysticisme instinctif, toute son impulsivité idéaliste que l'Allemagne a appliqué aux dogmes matérialistes et Büchner de *Force et matière* l'a inspirée. Büchner beaucoup plus que Nietsche, quoi qu'on en ait souvent dit, car la pensée de Nietsche, quelque opinion nous puissions avoir quant à son fond, se recommande d'une netteté de conception et de clarté dans l'expression qui effraient tout particulièrement les Allemands. Matérialisme de Büchner et piétisme, Dieu et force divinisée, confondus dans un même concept, sont devenus le Dieu allemand et ont défini la morale allemande. Certes cette épithète nationaliste attachée à l'idée de Dieu témoigne de principes annexionnistes quelque peu outranciers ; mais elle affirme encore ce fait, qu'ont prouvé les événements, que les Allemands se sont isolés sciemment du reste de l'humanité et s'en sont détachés dans un geste mégalomaniaque qui les rejetait en pleine barbarie et leur faisait oublier les devoirs humains qu'acceptaient chrétiens et libres penseurs chez les civilisés occidentaux. Les nations civilisées d'Occident communient dans les idées de Droit

©BIUM

et de Bonté supérieures à la force, soit qu'elle les trouvent incluses dans la vieille idée chrétienne, soit dans la jeune idée démocratique et humanitaire. Le matérialisme français, si antispiritualiste soit-il, cherche avant tout la solidarité, l'indulgence envers les déchus, indulgence qu'il étendrait même à ses ennemis actuels, par peur, en les rendant responsables de leurs crimes, d'être amené à admettre la responsabilité, alors que le matérialisme allemand, tout idéaliste qu'il est, est exclusif, jalousement germanique ; il déchire les pactes du contrat humain, il trompe, sans scrupules, le peuple voisin ; il lui semble aussi anodin de l'appâter avec un chiffon de papier qu'il semble judicieux au boucher d'attirer la brebis qu'il va égorger en imitant des bêlements fallacieux.

Ainsi, l'Allemand contemporain qui n'était plus spiritualiste, qui réservait sa sentimentalité exclusivement à ses compatriotes, n'avait plus qu'une morale égoïstement pratique qui s'appuyait sur des expressions intellectuelles d'appétits alimentaires ou dominateurs et celles d'instincts sexuels que pervertissait la dissociation primitive de l'âge de la connaissance et de celui de la maturité. J'ai connu entre autres un étudiant allemand qui, ayant une femme dans son lit, n'aboutissait jamais, et ne se procurait le plaisir qu'en la quittant pour aller effectuer le simulacre contre le mur de sa chambre ; il appelait cela « an die Wande... » ; mais l'allemand même sous la plume d'un Français ne brave pas l'honnêteté. Ce souci d'éviter l'incongruité ne semblait d'ailleurs guère gêner les lourdauds pédagogues de Germanie et ne nous ont-il pas assez souvent dit que le « deutscher Samen », le sperme teuton, avait reçu du vieux Dieu la mission de régénérer le monde ! D'ailleurs, ce trouble et cette hypertrophie du psychisme génital est tout entier reconnu dans la doctrine de Freud. Le

©BIUM

freudisme, pour être autant une théorie psychologique, presque même autant métaphysique que psychiatique, est fort intéressant si nous y constatons que pour un Allemand, serait-il d'Autriche, l'instinct sexuel et sa déviation constituent la base du système mental, et si nous y notons encore que la théorie exprime à tout instant cette violence presque artificielle de l'acte du contrôle, à laquelle nous faisions allusion tout à l'heure, par ces termes, qui en soulignent la brutalité, « répression », « compression » de « l'affect »; ce barbarisme même « l'affect » nous laisse entrevoir, par sa confusion, l'extension même du sens qui lui est donné, cette intrication intime du sentiment, de la sensation, de l'évocation avec l'impulsion même. Que de fois n'avez-vous pas eu à remarquer, lorsque vous preniez un pot de bière dans quelque brasserie d'Allemagne et que vous observiez la face de votre interlocuteur, que de temps à autre et fréquemment, au gré de la conversation, des rougeurs subites empourpraient sa face et trahissaient sous la banalité des propos échangés des poussées vives d'instinct; la bonhomie un peu grotesque des lunettes cachait mal ces bouffées de colère ou d'orgueil. Un Français est aimable par politesse innée et, un peu, par nonchalance, mais lorsqu'un Allemand est aimable, c'est qu'il se contient violemment. D'ailleurs, il ne se contiendra pas toujours; vous aurez des sursauts formidables de passions et un jour ou l'autre éclatera la querelle d'Allemand et la fausseté initiale de son attitude composée se démasquera alors. Le gros buveur qui est devant vous a de la mémoire, mais aussi la rancune de toutes ces impulsions brutales qu'il a dû réfréner l'une après l'autre; comme il est réfléchi et qu'il en a le défaut d'être lent, il n'a d'esprit que celui de l'escalier, et il vous en veut que la rapidité de votre conversation ne lui ait pas laissé le temps d'exprimer ses

©BIUM

réactions. Un jour, à brûle-pourpoint, alors que vous ne vous y attendrez pas, l'explosion se produira, vous laissant déconcerté par sa soudaineté et son manque d'à-propos, grosse de lointaines colères accumulées que vous aviez oubliées ou négligées.

(*A suivre.*)

©BIUM

Médecine légale

LES ATTENTATS AUX MŒURS

DEVANT LE CONSEIL DE GUERRE

Par le Dr André BARBÉ
Médecin adjoint de Bicêtre.

L'examen psychiatrique des militaires en prévention de Conseil de guerre pour attentats aux mœurs (outrages publics à la pudeur, attentats à la pudeur, viols) diffère sensiblement de ce que l'on rencontre fréquemment dans la vie civile, en ce sens qu'il s'agit d'individus en apparence normaux, ayant déjà vécu longtemps dans la société et ne rentrant par conséquent pas dans la catégorie de certains malades qui commettent leur crime tout en étant porteurs de tares mentales très étendues : idiots, épileptiques, persécutés, déments, etc.

Par contre, on peut relever chez la plupart des militaires poursuivis pour attentats aux mœurs deux tares :

L'une congénitale : la débilité mentale plus ou moins profonde ;

L'autre acquise : l'alcoolisme.

Ces deux tares peuvent être : soit associées l'une à l'autre, soit associées à d'autres phénomènes morbides.

Bien que les statistiques ne prouvent rien, elles peuvent cependant donner une idée relative de la plus ou moins grande fréquence soit du crime, soit du trouble

©BIUM

mental qui le fait commettre : aussi donnons-nous ici rapidement quelques renseignements à ce sujet :

1° INCULPATION : par ordre de fréquence décroissante on trouve :

a) L'outrage public à la pudeur,

b) L'attentat à la pudeur,

c) Le viol.

2° ÉTAT MENTAL : par fréquence également décroissante on trouve :

La débilité mentale simple,

La débilité mentale avec alcoolisme,

L'alcoolisme,

La débilité mentale profonde (imbécillité),

La débilité mentale avec paludisme,

L'affaiblissement intellectuel par alcoolisme chronique,

Aucun trouble mental.

3° CLASSIFICATION DU DÉLIT PAR RAPPORT A L'ÉTAT MENTAL :

A) Outrage public à la pudeur :

Débilité mentale,

Débilité mentale avec alcoolisme,

Aucun trouble mental.

B) Attentat à la pudeur :

Débilité mentale,

Débilité mentale très accentuée (imbécillité),

Débilité mentale avec paludisme,

Affaiblissement intellectuel par alcoolisme chronique.

C) Viol :

Alcoolisme.

Pour la commodité de cette étude, nous envisagerons les délits séparément et nous aurons ainsi à étudier successivement :

©BIUM

1° L'outrage public à la pudeur ;
2° L'attentat à la pudeur ;
3° Le viol.

1° *Outrage public à la pudeur* :

Celui-ci peut être le fait d'un homme vicieux, mais non d'un malade : témoin le cas suivant : Arm..., se trouvant dans un groupe de personnes qui attendent à la porte d'une boulangerie, se place derrière une fillette, puis au bout d'un instant il ouvre son pantalon, relève doucement les jupes de l'enfant et l'attire contre lui. Les voisines ayant vu son manège lui reprochèrent sa conduite et il partit alors ; arrêté quelques instants après il nia formellement et l'examen mental ne révéla aucun trouble mental de quelque nature que ce soit.

Mais le plus souvent, l'outrage public est accompli soit sous l'influence de la débilité mentale, soit sous l'influence de cette débilité associée à l'alcoolisme chronique.

Quand il y a débilité mentale simple, le délit se borne généralement à l'exhibitionnisme accompagné ou non d'onanisme devant des jeunes filles ; c'est le délit réduit à sa plus simple expression, l'individu n'osant pas toucher les personnes et bornant à ces manœuvres la satisfaction de sa perversion génitale : en voici deux exemples :

Gig... se place le long d'une route que suivent des jeunes filles pour rentrer au village, et à leur passage il ouvre ses vêtements, fait de l'exhibitionnisme et se promène ainsi devant elles sans leur adresser la parole ; parfois il se livre en même temps à l'onanisme, mais il ne leur adresse pas la parole et ne cherche même pas à les accoster. Examiné au point de vue mental, il fait montre d'une intelligence fruste mais rusée, cherchant toujours à faire dévier la question et se lançant dans des explications confuses et embrouillées. Il n'a pas d'obsession génitale, il n'a pas de sensation de soulagement après

©BIUM

son acte, c'est simplement un débile avec quelques symptômes d'alcoolisme.

Lac... se livre également à l'onanisme et à l'exhibitionnisme le long d'un petit chemin que suivent des jeunes filles, mais il ne leur parle pas et ne cherche pas non plus à les rejoindre. Arrêté et examiné, il apparaît comme un débile simple, n'ayant aucun trouble mental surajouté et ne paraissant pas avoir d'autre perversion du sens génital ; la débilité mentale est confirmée par l'existence de gros stigmates physiques de dégénérescence.

Quand la débilité mentale s'accompagne d'alcoolisme chronique, l'attitude du délinquant est variable suivant le degré de l'intoxication : s'il y a seulement alcoolisme peu accentué, l'individu se comporte comme dans les cas précédents ; si l'alcoolisme est au contraire très accusé, le pouvoir frénateur du sens moral disparaît et l'individu se laisse aller à son triste penchant. Voici des exemples de l'un et l'autre cas :

Chat... se livre à l'onanisme le long d'un petit chemin en présence de deux jeunes filles qui passent ; il ne leur dit rien et ne s'approche pas d'elles. Arrêté, il donne pour excuse de sa conduite la rareté de ses rapports avec sa femme qui lui impose, dit-il, des « restrictions ». Examiné au point de vue mental, il est reconnu comme un débile n'ayant pas de perversions génitales, mais joignant à sa débilité un alcoolisme chronique avec périodes d'intoxication aiguë.

Sim... est surpris dans un atelier de chargement en train de se livrer à la pédérastie avec un indigène : arrêté, il ne nie pas les faits et déclare qu'il a contracté cette habitude dans son jeune âge ; l'examen mental montre un débile suggestionnable, atteint en outre d'une déchéance physique et intellectuelle très prononcée, consécutive à une intoxication alcoolique régulière et prolongée. Il n'a pas d'autres perversions génitales, mais il se livre à ses mauvaises habitudes dans les périodes d'alcoolisme aigu greffées sur cette intoxication chronique.

2° *Attentat à la pudeur* :

La gravité plus grande de l'acte s'accompagne d'un

©BIUM

trouble mental plus accusé, soit qu'il y ait affaiblissement intellectuel plus accentué, soit qu'il y ait impulsion plus marquée par le fait d'une excitation génitale très puissante.

Bien entendu le débile vicieux s'abandonne très facilement à ses mauvais instincts pour peu qu'il y soit invité par d'autres individus du même genre. En voici un exemple :

And... laisse des enfants pratiquer sur lui des manœuvres d'onanisme, ce qui indique bien une complicité parfaite de ceux-ci. Examiné au point de vue mental, il est reconnu comme un gros débile présentant un jugement et un raisonnement enfantins, de l'indifférence marquée, une volonté nulle, des stigmates physiques de dégénérescence, mais pas de perversion génitale.

Si l'homme a encore une vague conscience de la gravité de son délit, il peut chercher à dissimuler plus ou moins adroitement celui-ci. Témoin le cas suivant :

Ber... attire une fillette dans une cave, ouvre ses vêtements et lui fait toucher ses parties génitales ; arrêté et examiné, il se présente comme un débile n'ayant aucune autre perversion génitale, mais capable encore de se dissimuler pour se livrer à ce qu'il sait être un acte répréhensible ; en un mot c'est un débile vicieux.

Lorsque l'inculpé a perdu toute notion de moralité par le fait d'un affaiblissement intellectuel d'origine le plus souvent alcoolique, il se laisse aller dans ce cas à un attentat encore plus ignoble par les détails qui l'accompagnent. En voici un exemple :

Vach..., qui est un alcoolique chronique, fait un matin de 1918 des excès de boisson qui provoquent chez lui une période d'excitation génitale ; il se rend dans la campagne et arrive dans une carrière où se

©BIUM

trouvent plusieurs enfants ; il éloigne ceux-ci en leur disant d'aller chercher des nids et garde auprès de lui une fillette de quatre ans ; il la fait approcher de lui, passe sa main sous ses jupes, et, par la fente de son pantalon, il introduit un doigt dans les parties sexuelles de l'enfant ; puis il la fait asseoir près de lui, sort ses organes génitaux et les lui fait embrasser ; enfin il se livre à l'onanisme devant elle, et comme la fillette veut attraper une sauterelle il lui dit de courir la prendre. Arrêté quelques jours après, il est reconnu à l'examen mental comme présentant un affaiblissement intellectuel massif d'origine alcoolique, avec troubles de la mémoire, du jugement et du raisonnement, indifférence complète et perte absolue du sens moral. On trouve chez lui tous les signes d'une intoxication alcoolique chronique, avec de l'insuffisance hépatique ; il n'a pas de perversions sexuelles, mais des impulsions génitales. L'examen clinique révèle l'existence de lésions organiques très probablement syphilitiques du système nerveux.

Enfin l'attentat à la pudeur peut s'accompagner de tentative de viol, et si celui-ci n'est pas accompli, cela tient uniquement à ce fait qu'il y a au moment même de l'acte frigidité complète : autrement dit, il y a bien excitation physique, mais non génitale. Témoin le cas suivant :

Col..., se trouvant dans la campagne, veut d'abord accompagner trois jeunes filles qui vont au village voisin ; comme il ne réussit pas dans cette tentative, il rebrousse chemin et remarque dans un champ une fillette qui conduit un troupeau de vaches ; il se dirige vers elle, lui saute à la gorge, la terrasse et essaie de la violenter, caressant et brutalisant tour à tour la fillette qui se défend : « Fais la morte, je te dis », répète-t-il en la frappant à coups redoublés et en lui enfonçant son poing dans la bouche pour l'empêcher de crier ; puis il la lance contre un poteau télégraphique et quand elle a perdu connaissance, il se couche sur elle ; quand elle revient à elle, elle remarque qu'il est

©BIUM

toujours étendu sur elle, mais il se relève et lui donne une bague en lui disant : « Tu ne le diras à personne, tu diras que tu est tombée sur des pierres; voilà une bague en souvenir. » L'enfant examinée fut reconnue comme n'ayant pas été déflorée.

Examiné au point de vue mental, l'inculpé se lança tout d'abord dans des explications confuses et embrouillées avec bavardage, disant ne se souvenir de rien; en réalité il avait quelques troubles de la mémoire, de l'affaiblissement intellectuel avec indifférence et du paludisme. Au point de vue génital il ne paraissait pas présenter de perversions sexuelles, et son acte ne correspondait pas à une impulsion pathologique.

Enfin, ce qui est très remarquable dans ce cas, c'est l'excitation cérébrale mais non génitale: l'enfant était évanouie, elle ne se débattait plus et pourtant il ne l'a pas déflorée ; il y avait désir, mais non érection.

3° *Viol* : le viol est le fait de l'alcoolique et dans ce cas l'alcool paraît surtout provoquer une perte complète et absolue du sens moral. L'alcoolique qui est en état d'excitation sexuelle ne connaît plus aucun pouvoir frénateur et se livre à son impulsion génésique avec d'autant plus de force, qu'il est souvent sous l'influence d'une ivresse passagère greffée sur cette intoxication chronique. Voici tout d'abord un exemple de viol accompli dans ces conditions.

Un habitant de Saint-Etienne vit un jour revenir sa fillette âgée de neuf ans, qui lui raconta en pleurant qu'on lui avait fait du mal : les cuisses, les parties sexuelles et les jupes de l'enfant étaient tachées de sang ; interrogée elle raconta qu'un voisin l'avait emmenée dans un grenier sous prétexte de lui faire voir une lampe électrique, qu'il l'avait couchée sur un tas de chiffons, lui avait posé un mouchoir sur la bouche, s'était couché sur elle, l'avait forcée à lui faire des attouchements, l'avait violée, et comme elle tentait de crier, lui avait dit : « Si tu cries, je te coupe la tête. » Il l'avait gardée ainsi pendant environ trois heures, s'était

©BIUM

livré plusieurs fois aux mêmes actes et l'avait ensuite quittée en lui recommandant de n'en rien dire à personne.

Arrêté quelques instants après chez un commerçant du quartier, l'individu, un nommé Lec...., commença par nier, mais il fut mis en présence de l'enfant qui le reconnut sans hésitation. Les agents firent alors une enquête dans le grenier, trouvèrent le pantalon de la fillette, ainsi que des chiffons tachés de sang et de sperme. Interrogé immédiatement sur l'emploi de son temps, Lec..... ne put donner aucune explication sur ce qu'il avait fait dans l'après-midi, et une enquête rapidement menée à son usine démontra qu'il n'y était pas paru au cours de l'après-midi. L'examen de la fillette montra que les cuisses et le bas-ventre étaient tachés de sang, et que de plus elle était incontestablement défiorée; l'examen de l'inculpé montra qu'il y avait du sang sur sa chemise, ses mains et ses organes génitaux.

Mis en prévention de conseil de guerre, l'inculpé se borna à invoquer un trouble complet de la mémoire, déclarant qu'il ne se souvenait de rien; puis au moment où la procédure était terminée, il demanda à être examiné au point de vue mental, et c'est dans ces conditions que nous eûmes à l'expertiser.

L'examen mental donna des résultats partiellement négatifs, en ce sens qu'il nous permit d'établir que les pseudo-troubles de la mémoire étaient en partie simulés, car l'amnésie dont il se prétendait atteint correspondait exactement à la période de son crime : il aurait donc fallu admettre un trouble mental s'étendant juste à ce laps de temps; comme de plus, il n'y avait aucun autre symptôme d'amnésie, ou de dysmnésie, ou de paramnésie, ou d'ecmnésie symptomatiques d'une maladie mentale; comme enfin il ne présentait ni symptômes psychiques, ni symptômes organiques d'une affection de ce genre, nous avons cru pouvoir conclure que le trouble de la mémoire était simulé. L'acte reproché à cet homme n'avait pas non plus la spontanéité, la brutalité, la violence que l'on observe dans les impulsions érotiques des hallucinés, des idiots, des interprétants, des confus, et nous avons pensé

©BIUM

qu'il s'agissait simplement du viol commis par un alcoolique chronique au cours d'un alcoolisme subaigu.

Enfin il est des cas où l'alcoolisme peut amener un homme à un tel oubli du sens moral même le plus élémentaire, qu'il considère le viol comme un acte naturel et qu'il le pratique même sur un membre de sa famille : nous en rapportons maintenant un exemple :

En avril 1918, le commissaire de police de Firminy recevait la visite d'une dame Bach... qui lui racontait que sa fille âgée de seize ans se plaignait que son père l'obligeât par la force à avoir des relations intimes avec lui : la jeune fille interrogée répondit en effet que son père la violait fréquemment et ne la laissait que lorsqu'elle criait par trop, qu'il la menaçait à chaque instant de son couteau et lui avait dit qu'il la tuerait si elle le dénonçait. Amené au commissariat de police, le père avoua qu'il avait abusé de sa fille à plusieurs reprises, lorsqu'il était sous l'influence de la boisson, bien qu'elle se débattît en disant : « Je ne veux pas ». Un examen médical de la jeune fille montra qu'elle présentait les signes d'une défloration incontestable et de rapports sexuels répétés. Moralement, elle était considérée comme une jeune fille maladive, d'une grande douceur de caractère et d'une intelligence moyenne. Une confrontation eut lieu alors entre le père et l'enfant : celle-ci maintint sa déposition, et le père reconnut les faits; la jeune fille ajoutait à la fin de l'interrogatoire que son père s'était livré sur elle à des pratiques obscènes surtout quand elle avait ses règles; il se serait même livré sur elle à des manœuvres de pédérastie.

L'examen mental de l'inculpé nous a permis d'établir que tout chez cet homme pouvait être ramené à un simple mot : l'alcool. Ce poison en a fait une brute dans toute l'acception du mot et il a provoqué une perte absolue du sens moral, même le plus élémentaire. En dehors des symptômes d'alcoolisme chronique et d'un affaiblissement intellectuel surajouté, Bach... ne paraissait pas se rendre compte de la gravité de sa faute et surtout du caractère monstrueux de celle-ci; s'il cherchait à se défendre, c'était surtout pour diminuer

©BIUM

autant que possible l'étendue du châtiment, et pour ce faire, il disait qu'il s'était simplement livré sur sa fille à des attouchements, en se servant d'expressions d'une trivialité et d'une brutalité honteuses : lorsqu'on insistait, il reconnaissait cependant avoir eu deux ou trois fois des rapports sexuels avec sa fille, mais alors il cherchait à diminuer sa faute, prétendant qu'il avait été provoqué par sa femme et par son enfant. Il ne présentait pas de symptômes d'une psychose alcoolique et ne semblait pas avoir d'autres perversions sexuelles.

CONCLUSIONS.

Nous n'avons pas trouvé, chez aucun de ces inculpés, d'anomalies ou de perversions du sens génital autres que celles qui ont été décrites. Certainement des aveux de ce genre sont la plupart du temps très difficiles à obtenir dans cet ordre d'idées, et les prévenus ne se laissent pas volontiers aller à des confidences, même si celles-ci peuvent leur être utiles en diminuant leur degré de responsabilité générale. Cependant, nous ne pensons pas que dans la circonstance il y ait eu perversions ou anomalies d'une autre nature que celles qui ont été citées.

Les attentats aux mœurs paraissent être, dans l'immense majorité des cas, le fait d'individus affaiblis au point de vue intellectuel, que cet affaiblissement soit congénital ou acquis. S'il est congénital, il provoque l'oubli du sens moral et détermine alors l'outrage public ou l'attentat à la pudeur, avec d'autant plus de facilité que la débilité mentale est surtout aggravée par l'alcoolisme. Si l'affaiblissement est acquis, on peut dire que presque toujours, pour ne pas dire toujours, l'alcool joue un rôle prépondérant dans la genèse de l'attentat aux mœurs commis par un inculpé militaire. C'est l'alcool qui mène au viol en provoquant une perte

©BIUM

absolue du sens moral, en faisant disparaître le pouvoir frénateur de la conscience de la gravité de l'acte, et en poussant l'alcoolique à la satisfaction brutale de l'instinct. On peut dire à ce point de vue que l'alcoolisme chronique amène une perte du sens moral, et que l'alcoolisme aigu, greffé ou non sur cet alcoolisme chronique, provoque une impulsion irrésistible.

En somme, et pour résumer cette étude des attentats aux mœurs dont les conseils de guerre ont à s'occuper, nous croyons pouvoir dire que :

1° L'outrage public à la pudeur est surtout le fait d'un inconscient, que celui-ci soit un débile simple ou un débile alcoolique;

2° L'attentat à la pudeur indique une inconscience encore plus marquée, mais avec affaiblissement intellectuel congénital ou acquis;

3° Le viol indique, en plus de l'affaiblissement intellectuel, une certaine conservation de la volonté, le désir d'aller jusqu'au bout, mais avec perte du sens moral, autrement dit du pouvoir frénateur. L'alcoolique qui viole ne connaît plus rien qui puisse arrêter son désir passager; son état mental au moment de l'acte peut se résumer en deux propositions : tout d'abord il a conservé une force virile encore accrue momentanément par l'alcool avec excitation génésique; ensuite, il a perdu tout sens moral et ne se limite pas à l'attentat, encore moins à l'outrage.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 MAI 1919

Présidence de M. DUPAIN, président.

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

MM. Bussard, Chavigny, Cullere, Delmas, Demay, Dupouy, Gilles, Levassort, Mignard, Olivier, Rayneau et Taty, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Revault d'Allonnes, directeur de la Maison de santé de Picpus, qui sollicite le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Arnaud, Truelle et Juquelier, rapporteur.

Nomination de la Commission des membres titulaires.

Sur la proposition du Bureau, la Commission d'examen des candidatures aux trois places de membre titulaire, déclarées vacantes à la dernière séance, est composée de MM. Briand, René Charpentier, H. Colin, Dupré et Laignel-Lavastine.

Rapport de candidature.

M. Semelaigne. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Arnaud, Chaslin et Semelaigne, de vous présenter un rapport sur la candidature, au titre de membre associé étranger, du Dr Bedford Pierce, superintendant de la Retraite d'York.

©BIUM

Docteur en médecine de l'Université de Londres et *fellow* du Collège royal de médecine, il a fait pendant plusieurs années des cours sur les maladies mentales à l'Université de Leeds ; vice-président de la section de psychiatrie de la Société royale de médecine, il a été élu président de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande et doit, à ce titre, diriger les débats de la séance annuelle qui se tiendra au mois de juillet prochain, dans la cité d'York. La vieille maison des Quakers aura alors cent vingt-sept ans d'existence.

C'est en 1892, à la suite des fêtes du centenaire, que le Dr Pierce en a pris la direction, et depuis cette époque il a su maintenir, avec autant de dévouement que d'autorité, les traditions qui rendirent célèbre la Retraite d'York, à la fin du XVIIIe siècle.

Le Dr Bedford Pierce, à qui m'unissent de chers et lointains souvenirs, est à tous égards digne de vos suffrages. Votre commission vous demande de l'accueillir parmi nous, en qualité de membre associé étranger.

Conformément à ces conclusions, M. Bedford Pierce est élu par acclamation membre associé étranger de la Société.

Expertise médico-légale de la confusion mentale particulièrement en temps de guerre,

par M. CHAVIGNY, médecin principal de 2e classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

La confusion mentale a été une des formes les plus souvent observées parmi les troubles mentaux de guerre. Sa fréquence a motivé une très intéressante discussion à la Société clinique de médecine mentale le 7 juillet 1917.

Il m'a semblé que le souci de grouper à cette occasion les faits cliniques avait conduit à laisser quelque peu dans l'ombre la question de la médecine légale de ces troubles. Dans un milieu à obligations aussi nombreuses, aussi strictes, que l'armée en temps de guerre, les *réactions* de la confusion mentale y sont à la fois

©BIUM

précoces et fréquentes. C'était une question neuve et importante, car les *réactions* imputables à la confusion mentale tombent, dans le milieu militaire, sous la sanction de peines disciplinaires ou de poursuites en conseil de guerre, tandis que ces mêmes faits survenant chez un civil auraient tout au plus provoqué de menus incidents préjudiciables à l'individu lui-même et nullement susceptibles d'être recherchés par la justice. Même, pour un civil, les anomalies de sa conduite au lieu d'être jugées comme antidisciplinaires auraient été interprétées immédiatement, même par un entourage peu instruit, comme constituant un indice d'accidents mentaux.

L'expertise médico-légale de la confusion mentale m'a mis aux prises, en cours de guerre, avec des problèmes qui m'ont paru mal élucidés encore ; je les ai résolus de mon mieux. Peut-être aura-t-on la sensation, comme je l'ai eue personnellement, que mon expérience vis-à-vis des premiers cas était encore insuffisante, mais c'est précisément une notion que je souhaite de faire ressortir. Il est probable que d'autres se sont trouvés dans le même embarras.

Au point de vue de la psychiatrie médico-légale, la confusion mentale comporte trois phases, qui sont :

1° Phase prodromique ;
2° Phase d'état ;
3° Phase terminale.

Phase d'état. — La médecine légale de la phase d'état ne présente en général aucune difficulté, toutes les fois que le malade est examiné au cours même de cette période d'état par un médecin compétent, tant les symptômes semblent alors évidents et concluants aux yeux de celui-ci ; mais il n'en est pas toujours ainsi et un médecin non spécialisé peut parfaitement méconnaître tout à la fois la nature de la maladie et la valeur des réactions antidisciplinaires observées. Cette méconnaissance du diagnostic est d'autant plus facile qu'on a affaire à des formes atténuées, anormales ou passagères. J'ai eu connaissance d'un cas dans lequel un accès de confusion mentale léger chez un malade s'est jugé par une séance de pugilat réciproque entre le médecin et le malade. Le médecin s'était exaspéré contre ce malade

©BIUM

qu'il accusait de « faire la bête ». — C'est en effet le diagnostic de simulation auquel s'arrêtera volontiers un médecin qui, n'ayant jamais vu peut-être encore de cas de confusion mentale, est bien incapable d'en reconnaître les symptômes.

Les réactions dues à la confusion mentale sont presque toujours de même ordre : fugues, abandon de poste. Il est rare de voir des réactions violentes. On ne constate guère d'attentats contre les personnes. Cependant, les formes excito-motrices, logorrhéiques peuvent parfois donner lieu à quelques actes d'indiscipline, même avec outrages envers un supérieur.

Une difficulté capitale provient de ce que « *certains accès très brefs peuvent avoir de graves conséquences au point de vue médico-légal* » (Capgras, Juquelier et Bonhomme).

Les réactions médico-légales sont très naturellement d'autant plus rares que le cas est cliniquement plus grave, d'autant plus fréquentes au contraire que le cas est plus léger, et c'est cela même qui expose à méconnaître la nature pathologique des accidents constatés. Chez ces malades « *l'instinct de conservation n'est aboli que très tard et les malades sont poussés à rechercher un abri soit contre les bombardements réels, soit sous l'influence de perceptions erronées.*

« Il est même curieux de voir, dans certains cas, de quelle coordination motrice sont encore capables des malades dont les fonctions psychiques paraissent profondément désagrégées. Nous avons soigné, disent MM. Capgras, Juquelier et Bonhomme, un malade qui, croyant avoir une permission, avait quitté sa section en tranchée de deuxième ligne, avait pu prendre le train, cela sans éveiller l'attention, et après être resté deux jours en wagon dans des lieux inconnus de lui, avait fini par être remis par des camarades aux gendarmes et hospitalisé (1). »

La période d'état de la confusion mentale peut passer complètement inaperçue de l'entourage du malade,

(1) Capgras, Juquelier et Bonhomme. Rapport à la Société clinique de médecine mentale, 7 juillet 1917.

©BIUM

et c'est parfois une expertise qui rétablit toute la chronologie et la filiation des faits ; un cas type est celui-ci :

Observation. — B... (Alexandre), du ...e d'infanterie coloniale, m'a été envoyé en expertise mentale. Le dossier avec ses certificats et attestations indique que le père, couvreur, était un alcoolique, nerveux, que la mère, très nerveuse, est malade à propos de la moindre contrariété. Le grand-père maternel était également un grand alcoolique et divers membres de la famille sont de grands nerveux. L'inculpé a cinq sœurs, très nerveuses.

Dans les antécédents personnels, somnambulisme du jeune âge et fièvre typhoïde à dix-huit ans. Au mois de mai 1916, au cours d'une permission exceptionnelle, il est arrêté dans une gare par des gendarmes et hospitalisé pour confusion mentale (un mois de traitement).

Le 20 mai 1917, sa compagnie était au repos ; il va se promener dans un bois voisin ; il s'y endort trois heures plus tard, et reprend conscience de lui-même au cantonnement, au milieu de ses camarades qui lui racontent qu'un instant auparavant il a essayé de se noyer. Le même soir, il quitte le cantonnement, monte dans le train à minuit et le lendemain il est arrêté à Paris. On le met à la prison du Cherche-Midi. Un soldat du 2e bataillon d'Afrique, qui était détenu avec lui, le décide à changer d'effets. Il y a alors, de ce fait, erreur sur la personne et B... est envoyé au Maroc, sous prétexte qu'il appartient au bataillon d'Afrique. C'est seulement après son arrivée à destination que B... reprend conscience de sa personnalité, fait les réclamations nécessaires et est enfin ramené à son unité où on instruit une plainte en conseil de guerre pour désertion. Les renseignements demandés alors à son corps établissent que B... avait fait, dans les jours qui avaient précédé son départ de sa compagnie, un état de trouble mental fort apparent ayant tous les caractères d'un état confusionnel. Ce qui m'a déterminé à mettre les faits antidisciplinaires commis par ce soldat sur le compte de l'état confusionnel, c'est l'amnésie absolue qui les englobait tous. Cet homme, en effet, me donnait l'impression d'être entièrement sincère. Il racontait avec minutie tous les autres faits de son existence, mais quand on abordait soit sa tentative de suicide, soit sa désertion, soit son échange de vêtements au Cherche-Midi, il y avait là une lacune absolue, toujours identique dans ses caractères.

Expertise rétrospective. — Mais, jusqu'ici, nous venons de nous supposer placés dans des conditions les plus faciles pour le médecin et aussi dans celles qui se

©BIUM

rencontrent le moins souvent dans la pratique. Le plus fréquemment, quand il s'agit d'accès bénins de confusion mentale, les accès sont transitoires et avec les lenteurs habituelles de la justice, le médecin-expert est généralement commis pour examiner un inculpé qui en est revenu à un état mental normal. Le capitaine rapporteur, parfois à la demande de l'avocat, soumet le prévenu à une expertise mentale, parce que cet inculpé a commis une faute qui jure étrangement avec un passé militaire dans lequel il s'était révélé tout autre : fugue ou désertion chez un sujet jusque-là très discipliné, abandon de poste chez un soldat très brave, etc. C'est un des motifs déterminants d'expertise que j'ai vu le plus souvent se produire.

Comment donc va se faire cette expertise rétrospective? La période d'état n'a été observée que par les camarades du prévenu, par des gradés, des officiers, des gendarmes, des surveillants de la prison. Leurs témoignages sont évidemment bien peu précis, mais cependant on y retrouve presque toujours cette même expression : « X... a paru tout drôle, comme égaré pendant quelques jours. Depuis un certain temps, il ne disait plus rien, paraissait avoir perdu la mémoire. » Ces témoignages, pour si rudimentaires qu'ils peuvent être, ont cependant une valeur pour peu qu'ils se multiplient. Ils ne mettent, bien entendu, pas sur la voie d'un diagnostic précis, puisqu'ils se répéteraient à peu près identiques à propos d'un petit accès mélancolique, etc.

Quand on examine ainsi très tardivement le prévenu lui-même, il ne faut guère compter qu'on ait chance de constater directement des signes de troubles psychiques à l'état suffisamment nets pour qu'ils permettent de bâtir et de certifier un diagnostic.

Un symptôme fort important et qu'on ne peut, à mon avis, compter au nombre des séquelles de la confusion mentale qu'à condition de bien s'expliquer, c'est l'amnésie. Cette amnésie est un symptôme *définitif* de la période d'état, c'est-à-dire qu'elle ne se répare pas. La lacune dans les souvenirs durera jusqu'à la fin de l'existence de l'individu. Il ne s'agit donc point d'un symptôme de la période de convalescence, ni d'une conséquence

©BIUM

terminale de la période morbide. L'analyse rétrospective de cette amnésie est extrêmement intéressante pour un aliéniste qui connaît bien le chapitre des amnésies. L'expert n'aura, je crois, aucune peine à embarrasser par des questions captieuses un simulateur qui invoquerait l'amnésie pour se défendre contre une inculpation quelconque. L'amnésie du confus, quelque peu variable d'ailleurs dans ses formes cliniques, est cependant en général « taillée à pic » sur ses bords, c'est-à-dire qu'elle commence et finit brusquement : le confus raconte les détails de son existence, même les plus infimes, jusqu'à une heure déterminée d'un certain jour. Là, brusquement, tout s'arrête. La lacune reste absolue jusqu'au moment de la reprise de conscience, et cette reprise de conscience, comme le retour des souvenirs, se produit presque instantanément. On en comprend fort bien la formule et l'expression par les malades, quand on a vu quelques-uns de ceux-ci « *se réveiller* » brusquement dans le service, avec la question classique : « Mais où suis-je ? » ou bien : « Pourquoi suis-je à l'hôpital ? »

Cette amnésie, sans être spécifique, est cependant très typique. Elle explique bien pourquoi l'interrogatoire du malade ne fournit jamais aucun renseignement sur la période d'état ni généralement pas plus sur les faits délictueux dont il est inculpé.

L'examen psychique actuel et l'interrogatoire au cours d'une expertise rétrospective ne sont pourtant pas totalement improductifs. En effet, Anglade a fait remarquer avec raison qu'on néglige trop volontiers la prédisposition, le fond mental sur lequel évoluent d'ordinaire les accidents aigus de confusion. On retrouvera donc, assez souvent, des indices d'une prédisposition, quelques bizarreries mentales ayant toujours existé, des antécédents héréditaires très suspects, parfois aussi, ainsi que je l'ai constaté, l'existence d'une période antérieure de confusion mentale ayant déjà nécessité soit une hospitalisation, soit même un internement.

Un des éléments de l'expertise psychiatrique réside sans une juste appréciation, dans une interprétation des faits de l'inculpation, de leurs rapports avec les faits extérieurs. Il faut bien prendre garde là que le même

©BIUM

fait vu comme antidisciplinaire par un officier ou un juge peut être interprété précisément comme anomal par un psychiatre. Pour ce dernier, le fait essentiel consiste à examiner si les actes du sujet ne sont pas dominés par un psychisme irrésistible.

Dans ces expertises rétrospectives, on ne saurait, je crois, faire la place trop large à l'examen physique du sujet. Dans diverses publications, j'ai déjà eu l'occasion d'insister sur la valeur des signes physiques qu'on peut constater (1).

La confusion mentale s'accompagne de façon presque constante de troubles généraux de la nutrition et les signes les plus constants qu'on en puisse noter consistent soit en un amaigrissement, soit en un engraissement rapides consécutifs, soit dans l'inscription sur les ongles de sillons transversaux, témoins formels, enregistrement indéniable de ces troubles nutritifs. Avec mes collaborateurs, nous avons montré quel parti on pouvait tirer de ces sillons unguéaux qui permettent de situer rétrospectivement, et avec une certitude très satisfaisante, la date à laquelle les troubles psychiques et physiques se sont produits. Il suffit pour cela de se rappeler que les sillons apparaissent aux ongles des mains, à la base de la lunule, trois semaines après l'accident qui leur a donné naissance, et que la vitesse d'accroissement est ensuite sensiblement de un millimètre par semaine.

Aux ongles des orteils, la vitesse de croissance est quatre fois moindre, et par conséquent, les ongles des orteils enregistrent une période quatre fois plus longue ; ils peuvent renseigner sur des accidents quatre fois plus anciens.

On peut, si l'on veut être précis, tenir compte des variations individuelles dans la croissance des ongles en faisant une mesure directe de celle-ci sur l'inculpé.

RÉACTIONS DE LA PÉRIODE PRODROMIQUE. — Existe-t-il des réactions de la période prodromique? Le pro-

(1) Chavigny. Expertise médico-légale des formes discontinues d'aliénation mentale. *Société de médecine légale de France*, 1908. — Chavigny, Soderlindh et Warin. Expertise psychique rétrospective. *Ibid.*, octobre 1918.

©BIUM

blème m'a été posé très à l'improviste par un cas d'expertise dont je n'ai tiré tout l'enseignement voulu qu'à la lueur de l'expérience ultérieure. Voici cette observation : on trouvera peut-être que je n'en avais pas, sur le moment, résolu toutes les difficultés, mais j'avoue mon erreur pour qu'elle profite à d'autres.

Observation. — Le soldat C... (Paul), du ...e régiment d'infanterie s'étant rendu coupable d'abandon de poste devant l'ennemi, à la date du 6 avril 1915, a été condamné à mort, le 9 avril 1915, par le conseil de guerre spécial. Le 11 avril, il était écroué à la prison militaire du quartier général de la division. Un rapport du brigadier gardien-chef indique qu'après avoir donné quelques signes de folie, C... est devenu subitement furieux dans la nuit du 5 au 6 mai. Il s'est jeté sur les autres détenus, en criant : « Des Boches, encore des Boches. » Il délirait, imitant le chant du coq, le roucoulement du pigeon, et appelait au secours.

Je suis chargé le 11 mai, sur ordre téléphonique, d'aller examiner ce détenu. Il m'est donné d'examiner et de suivre ce sujet d'une façon attentive pendant une série de jours et, le 25 mai, je déposais un rapport d'expertise qui successivement répondait aux questions suivantes :

1° C... simule-t-il?

2° S'il ne simule pas, de quelle affection est-il atteint?

3° Quelles en sont la cause et l'origine?

4° Quelles sont les conclusions d'ordre médico-légal?

5° Quelles sont les conclusions d'ordre militaire?

1° Eliminer tout soupçon de simulation fut relativement facile, car C... présentait des signes fort nets, qu'il aurait été formellement impossible de simuler : perte absolue de l'appétit, perte complète du sommeil, constipation opiniâtre, réduction considérable de la quantité des urines émises ;

2° Le diagnostic de simulation étant ainsi éliminé, le diagnostic différentiel conduisait de la façon la plus simple et la plus nette au diagnostic de confusion mentale. Ce diagnostic étant posé, et cette sorte de troubles me paraissant devoir être rapportés aux troubles gastro-intestinaux constatés, j'eus recours à la médication qui me semblait correspondre le mieux aux indications recueillies : j'administrai à ce malade du calomel à dose purgative ; l'effet obtenu fut aussi net au point de vue intestinal qu'au point de vue mental. Le malade fit une débâcle intestinale et, immédiatement aussi, il se transforma radicalement au point de vue mental. Aucune suggestion n'était possible, car j'avais eu soin de ne prévenir quiconque, ni dans l'entourage du prisonnier, ni dans le mien même, de

©BIUM

l'effet que j'attendais. Quelques heures après la débâcle intestinale, C... était pour ainsi dire devenu un autre individu qui répondait normalement à toutes les questions posées et n'offrait plus aucun des symptômes de la confusion mentale. Ce retour à l'état d'intégrité physique et mental fut encore plus complet quand, le 20 mai, une débâcle urinaire survenait avec émission de 2 litres d'urine, tandis qu'auparavant la quantité d'urines émises était à peu près insignifiante. L'examen complet du sujet put alors être fait, avec interrogatoire portant sur ses antécédents. On constate que C... est un sujet d'une intelligence assez rudimentaire, un léger débile intellectuel, peu susceptible d'instruction, et qui n'a été capable, avant son incorporation, que d'occupations peu compliquées.

Dans ses souvenirs, C... n'avait pas de grosses lacunes sur son passé. Il n'y avait pas précisément chez lui d'amnésie portant sur la période de son abandon de poste, et je transcris ici fidèlement ce que j'ai noté à ce sujet : « Quoiqu'il ait pu donner quelques indications sur l'abandon de poste dont il a été inculpé, il apparaît bien que ce point n'occupe pas dans ses souvenirs une place bien nette ; il hésite sur bien des points de son récit, ne peut rien préciser, et bien qu'il ait été pressé de questions multiples, et à plusieurs jours d'intervalle, jamais il n'a varié dans ses réponses, restant toujours aussi imprécis, aussi superficiel dans ses souvenirs. »

3° Causes et point de départ : Dans mon rapport, je signalais aussi que la réalité des troubles mentaux étant devenue indiscutable, que leur nature étant bien fixée, il y avait intérêt à se demander si ces troubles pouvaient avoir pour point de départ le choc émotif causé par la condamnation à mort, ou si, au contraire, on pouvait supposer qu'ils étaient préexistants à celle-ci et que peut-être ils avaient été la cause déterminante de l'abandon de poste.

En vue de résoudre cette question, j'avais demandé qu'une enquête minutieuse fût faite dans la compagnie à laquelle appartenait cet homme. Les réponses faites à cette demande furent si insuffisantes qu'il était absolument impossible d'en tirer le moindre parti.

Mes conclusions étaient ainsi rédigées : « C... a présenté une phase de confusion mentale avérée qui, ayant commencé avant le 12 mai, probablement le 6 mai, s'est terminée le 15 mai. Il m'est impossible d'établir, médicalement parlant, une relation certaine entre cet état d'aliénation mentale et les faits pour lesquels C... a été condamné. »

Je ne sais ce qu'il est advenu ultérieurement du condamné.

Il est bien certain qu'actuellement, je ne rédigerais plus mes conclusions de la même façon ; bien qu'une

©BIUM

période d'un mois plein se fût écoulée entre le moment de l'abandon de poste, de la condamnation et celui de l'apparition de la phase d'état de la confusion mentale; j'aurais pu au moins indiquer qu'un doute pouvait légitimement s'élever au sujet de la filiation des accidents. L'abandon de poste était englobé sinon dans la période d'amnésie, tout au moins dans un état flou de la mémoire, tandis que les événements antérieurs étaient très nettement présents. Même maintenant, je n'oserais pas être nettement affirmatif, mais j'émettrais des doutes qui en l'occasion auraient pu profiter au condamné.

D'autres observations m'ont donné occasion de constater des réactions pathologiques de la période prodromique, mais aucun cas n'est aussi net que celui-ci :

Observation. — L'artilleur B... entre en traitement le 8 février 1918 pour troubles mentaux. Agé de quarante-quatre ans, d'aspect vigoureux, il est dans un état mental qui rend son interrogatoire extrêmement difficile. Il répond avec la plus grande peine, disant : « Attendez; je vais répondre. » Il ne sait où il est, ni d'où il vient; il dit quelques mots d'un accident d'automobile; il aurait eu très peur à l'occasion de celui-ci. Il en incrimine un camarade S... qu'à différentes reprises, il croit voir auprès de lui. Souvent il pleure en parlant de son petit garçon. L'élaboration psychique est lente, inachevée, beaucoup plus qu'incohérente. L'alimentation est difficile en raison d'une vague idée d'interdiction qui serait prononcée par son fils.

Le diagnostic pouvait hésiter entre celui de paralysie générale et celui de confusion mentale. En raison des symptômes gastriques constatés, la thérapeutique habituelle de la confusion mentale est essayée. Du calomel ingéré dans la matinée provoque deux selles à sept heures du soir et à neuf heures, le malade sortant brusquement de son état confus, interroge autour de lui et raconte son histoire : un grand-oncle et une grand'-tante paternelle étaient aliénés. Lui-même, vers l'âge de trente-huit ans, aurait fait des entreprises commerciales absurdes, essayant de monter une affaire considérable sans s'entourer d'aucune garantie, ne tenant plus ses livres de comptabilité, oubliant de se faire payer.

Mobilisé au début de la campagne, il fut bientôt arrêté pour usurpation de grade. Poursuivi, il fut déclaré irresponsable (deux crises de confusion mentale en décembre 1914 et février 1915).

En 1916, il revient à un service de psychiatrie et présente

©BIUM

encore un accès de confusion mentale. Le médecin qui l'observe alors note que l'amnésie constatée chez lui porte sur une période bien antérieure à celle pendant laquelle les troubles confusionnels ont été observés. Cette amnésie remontait à deux ou trois mois avant l'accès, englobant précisément certains faits délictueux pour lesquels à nouveau B... était poursuivi.

L'accès que j'ai observé était le quatrième et B... était inculpé d'avoir, à partir de la seconde moitié de décembre, vendu à des civils des boîtes de conserves achetées à des magasins militaires.

Les premiers symptômes de troubles mentaux sont devenus perceptibles vers le 1er février, et B... s'est présenté à la visite pour la première fois le 3 février. Examiné spécialement en ce qui concernait ses troubles amnésiques, il ne conserve aucun souvenir de toute la période qui englobe le mois de janvier et même la seconde moitié du mois de décembre.

La netteté et l'invariabilité absolue de ses réponses concernant cette amnésie me porte à croire que celle-ci était absolument réelle et qu'elle n'était nullement simulée pour les besoins de sa défense.

On pourrait peut-être dire que le cas rapporté ici est suspect parce qu'il s'agit d'un inculpé. Les autres observations que j'ai suivies présenteraient alors le même inconvénient, mais, ce qui est frappant et qui me paraît devoir entraîner la conviction, c'est que les divers cas examinés ont été exactement superposables par tous leurs symptômes.

S'agit-il d'une amnésie rétrograde ayant secondairement intéressé des périodes de vie normale, ou au contraire l'amnésie s'est-elle produite parce que les souvenirs n'ont pu se fixer dans un psychisme déjà troublé? J'inclinerai plutôt vers cette seconde hypothèse parce qu'elle explique bien mieux les réactions anormales constatées pendant cette même période prémonitoire, et contrastant chez plusieurs sujets avec toute leur vie, toute leur conduite antérieure.

Qu'il y ait une période médico-légale prodromique dans la confusion mentale, cela n'étonnera nullement les aliénistes qui connaissent ce qui en est de la période médico-légale de la paralysie générale, ou de la période crépusculaire chez les épileptiques.

Si je développe ces questions devant votre Société, c'est tout d'abord parce que les cas examinés par moi

©BIUM

m'ont paru suffisamment démonstratifs, mais c'est surtout pour vous demander si les cas de votre pratique personnelle confirment ou infirment ce que je viens d'avancer à ce sujet. Si la discussion que je souhaite de voir s'ouvrir apporte des documents probants, ils auront une bien grosse valeur pour appuyer les conclusions d'experts qui plus tard seraient chargés d'examiner des cas de ce genre.

Les points essentiels sont ceux-ci : sur quel espace de temps peuvent se répartir les signes cliniques ou les réactions de la période prodromique de la confusion mentale, quels sont ces signes, quelle est la valeur de l'amnésie, est-elle antérograde ou contemporaine des troubles qui lui donneraient naissance?

RÉACTIONS DE LA PHASE TERMINALE. — Les réactions de la phase terminale sont connues, elles ont été exposées dans les termes suivants par MM. Dumas et Delmas (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, janvier 1917) : « C'est un fait constaté par beaucoup de psychiatres et notamment par les psychiatres experts près les conseils de guerre, que les militaires inculpés de désertion devant l'ennemi sont souvent des sujets restés hyperémotifs à la suite de raptus, ou des sujets qui, à la suite de leur commotion, ont fait de la confusion mentale et gardent comme séquelle de l'hyperémotivité ; c'est ce déséquilibre profond de la vie émotive qui porte les uns et les autres à fuir sans réflexion leur poste de combat. Nous avons sur ce point notre expérience personnelle près des conseils de guerre, confirmée par l'enquête que nous avons faite auprès des médecins et des magistrats militaires de la ...e armée. Entre tous ces témoignages concordants, nous citerons, à propos des anciens commotionnés devenus déserteurs, celui des Drs Charon et Halberstadt, médecins du Centre psychiatrique militaire de X... et médecins-experts près des conseils de guerre de la région.

« Mais, s'il se trouve, parmi les blessés, des hyperémotifs, créés par l'explosion des obus qui les ont atteints, ainsi que notre enquête l'a établi, il est bien évident que ces malades sont exposés, comme tous les hyperémotifs non blessés, à retourner au front avec des troubles graves, de l'émotivité, et à paraître devant les

©BIUM

conseils de guerre pour les mêmes raisons que les hyperémotifs non blessés. Ils seront d'autant plus exposés à ce danger qu'ils n'auront été connus et traités que comme blessés et que leur retour au front aura suivi la guérison de leur blessure sans que personne ne se soit jamais occupé de leur état nerveux ou mental.

« Ce ne sont pas là de simples possibilités. Rien que dans le courant d'août et de septembre 1916, l'un de nous a eu à examiner trois militaires inculpés de désertion devant l'ennemi et qui rentraient incontestablement dans cette catégorie ; ils présentaient encore des séquelles graves de confusion mentale parmi lesquelles l'hyperémotivité et tous leurs accidents mentaux avaient passé inaperçus à cause de l'importance de leurs blessures.

« Il va de soi d'ailleurs que toutes les séquelles mentales laissées par la confusion : émotivité, amnésie de fixation, fatigabilité de l'attention, colère, exposent les sujets à des fautes graves qui peuvent entraîner à des sanctions ou même à des dangers dont ils risquent de ne pas être les seules victimes, quand on leur confie par exemple des missions et des postes importants. On doit à ces prédisposés blessés ou non blessés, mais devenus pour longtemps de grands émotifs et souvent des infirmes psychiques, les soins et la justice qu'on ne refuse pas aux autres victimes de la guerre. »

Mais peut-être n'y a-t-il pas lieu d'assigner à la phase terminale de la confusion mentale un territoire aussi vaste. Les troubles consignés ici par Dumas et Delmas sont plutôt des infirmités consécutives à la confusion mentale que des symptômes de la période terminale. Ce que j'appelle période terminale, c'est spécialement la période de convalescence, celle dans laquelle le malade va s'améliorant de jour en jour jusqu'à reprendre un état suffisamment normal pour rentrer dans la vie courante. Le malade fait sa convalescence. Quand celle-ci est achevée, il pourra lui arriver de conserver encore pour un temps très long, indéterminé, peut-être pour toujours, des séquelles, c'est-à-dire des restes, des infirmités peut-être incurables ; c'est ce que nous avons vu à propos de l'amnésie, lacune définitive qui ne se comblera jamais.

©BIUM

La période de convalescence, période terminale de la maladie, est une période dans laquelle le confus n'a pas encore repris tout son équilibre, il reste pendant ce temps plus exposé à commettre des actes déraisonnables, à avoir des réactions. J'en ai eu un exemple chez un sous-officier qui fit au cours de la guerre quatre accès de confusion mentale. Etant parti en convalescence chez lui à la fin de l'un de ces accès, il imposa, environ un mois après, à sa mère un déménagement lointain sans le moindre motif et il eut grandement à le regretter plus tard quand il eut à en supporter les conséquences. De même encore, après un autre accès et dans un délai de trois semaines environ après celui-ci, il commet un acte qui était bien le plus contraire à ses habitudes et à ses tendances. De famille juive, très peu fortuné, il avait accumulé depuis son jeune âge, avec les plus grandes privations, un petit pécule de 1.500 francs. Dans la période terminale de son accès, il dilapida cette somme en quelques jours.

On pourrait se dire peut-être qu'au point de vue médico-légal les réactions de la période terminale sont de peu d'importance, puisque leur nature pathologique sera toujours signée par une période d'hospitalisation récente. Mais la période de confusion mentale peut très bien avoir passé presque inaperçue, n'avoir pas motivé d'hospitalisation, ou enfin le diagnostic peut avoir été méconnu.

Il m'a semblé que la médecine légale de cette période terminale même n'était pas sans présenter, elle aussi, quelque intérêt.

Toute cette médecine légale de la confusion mentale avait été, jusqu'ici, peu étudiée. Elle a eu des applications nombreuses en temps de guerre et restera acquise à la médecine d'armée.

Elle peut avoir des applications en médecine légale psychiatrique civile.

DISCUSSION

M. Piéron. — Il me semble qu'il n'est peut-être pas absolument légitime de juxtaposer, comme le fait M. Chavigny, la confusion mentale et la paralysie

©BIUM

générale. Le syndrome confusion est susceptible d'apparaître dans des conditions assez différentes pour qu'on ne puisse pas l'envisager comme une entité morbide. En particulier, l'hyperémotivité post-confusionnelle peut être due à la confusion mentale, mais peut être due aussi à la cause pathogène qui a été souvent une forte secousse émotive déterminant l'exagération des phénomènes affectifs ultérieurs. On peut trouver, au contraire, une inémotivité, une apathie affective considérable. S'agit-il de séquelles de confusion mentale ou bien de séquelles du choc affectif?

En ce qui concerne la période prodromique, il serait très intéressant de rechercher le début de l'absence de fixation mnésique. Quand le trouble toxique est léger, la première fonction atteinte est la fixation des souvenirs.

M. Chavigny. — A cause de la possibilité d'amnésie rétrograde, il est très difficile de situer exactement l'apparition des troubles de la mémoire et le début de la confusion mentale. Dans les cas que j'ai envisagés, j'ai considéré les troubles de la mémoire comme le premier indice de la confusion mentale.

Je fais des réserves sur la réalité de la confusion mentale vraiment commotionnelle. Il n'existe pas, à ma connaissance, de vraie confusion d'origine commotionnelle. Il se produit, lors des explosions, des phénomènes de précipitation ne différant pas, par exemple, de la précipitation par une fenêtre.

M. Pactet. — Les remarques de M. Piéron sont très intéressantes; mais, dans ce cas particulier, il importe peu de connaître la cause de la confusion. Ce qui importe, c'est l'intérêt pratique de la question posée par M. Chavigny. Lorsqu'il s'agit d'actes prodromiques de paralysie générale, il est nécessaire de reconstituer la vie antérieure de l'individu, et de rechercher les actes analogues aux actes incriminés qui ont pu se produire au cours de la vie. Dans ce cas particulier, également, une enquête sur les antécédents du sujet aurait pu éclairer l'expert.

Dans quelles conditions le malade condamné à mort fut-il observé pendant un mois après sa condamnation? Habituellement, la sentence est exécuté dans les vingt-quatre heures.

©BIUM

M. CHAVIGNY. — A l'occasion d'une demande en révision.

M. PIÉRON. — Le point de vue théorique est cependant intéressant. Contrairement à ce qui se passe habituellement en médecine mentale, la pathologie de guerre nous a mis en présence de causes évidentes et facilite l'étude de leur action. Je ne suis pas d'accord avec M. Chavigny sur l'importance pathogène de la commotion. On observe des chocs effectifs mais aussi des ébranlements commotionnels ; on voit souvent des cas mixtes, mais on rencontre aussi des cas purs, et la symptomatologie paraît nettement différente. Il existe un syndrome commotionnel et un syndrome émotionnel distincts, qui sont d'ailleurs souvent réunis dans la pratique.

M. CHAVIGNY. — Un grand nombre d'individus qui se sont trouvés à côté d'un foyer d'explosion, sur le bord d'un trou d'obus, n'ont rien présenté du tout.

M. PIÉRON. — Il est difficile actuellement de déterminer les zones où s'exerce ou non la pression. Deux individus qui se trouvent l'un près de l'autre peuvent être dans des zones différentes. On ne peut tabler sur cet argument.

M. RAYMOND MALLET. — Avec M. Piéron, je crois à l'existence de confusion mentale commotionnelle. J'ai vu des individus qui, soumis à de nombreuses émotions antérieures, n'avaient jamais rien présenté, être atteints de confusion mentale à l'occasion de commotion avec phénomènes organiques tels que pneumothorax, larges ecchymoses, etc... Il s'agit bien là de confusion mentale et non seulement de stupeur. Les malades, égarés, cherchent à se retrouver. Ils présentent de l'agitation motrice sans délire et de l'amnésie complète du traumatisme, souvent même de la période antérieure. La *sidération psychique* est trop marquée pour qu'il se produise du délire ou des hallucinations. On peut donc parler de confusion mentale commotionnelle sans facteur émotif surajouté.

M. DUPAIN. — En dehors des phénomènes traumatiques, ne faut-il pas tenir compte aussi des phénomènes toxiques, dus à la production considérable d'oxyde de carbone qui se produit lors de l'éclatement de l'obus ?

©BIUM

M. CHAVIGNY. — En plein air, l'oxyde de carbone disparaît très rapidement. Il n'en est pas de même dans les tranchées et dans les abris. C'est surtout dans la guerre de mines qu'il a été donné d'observer des accidents très curieux dus à l'intoxication par l'oxyde de carbone.

Idiotie avec déformations articulaires multiples et rétrécissement mitral,

par MM. ANDRÉ COLLIN et LOUIS BOUDON.

L'intérêt de la malade que nous avons l'honneur de présenter à la Société ne réside pas dans son état mental — notre malade étant une idiote banale — mais dans certains signes physiques que nous avons constatés chez elle.

Germaine P..., âgée de quinze ans, est la fille d'un père alcoolique et tuberculeux. Elle est l'aînée de quatre enfants normaux et bien portants.

Elle est née prématurément à sept mois, n'a fait ses premiers pas qu'à deux ans et demi, n'a dit ses premiers mots qu'à cinq ans. Elle n'a jamais eu de convulsions.

Complètement illettrée, elle n'a pu acquérir aucune notion : elle est même incapable de s'habiller seule. Elle a cependant un rudiment d'affectivité : c'est ainsi qu'elle paraît avoir pour sa mère un certain attachement et qu'elle pleure quand celle-ci lui parle de la placer dans un hospice.

Ce n'est pas sur l'état mental de notre malade que nous voulons attirer l'attention de la Société : c'est sur certaines déformations que nous avons observées chez elle.

Parmi celles-ci, il en est qui sont banales chez les idiots : microcéphalie, asymétrie faciale, strabisme, implantation vicieuse des dents.

Notre malade conserve en permanence une attitude qui est la suivante : Aspect figé, bras ballants, genoux demi-fléchis. La marche est hésitante; la course est impossible.

Au niveau des articulations existent un certain nombre de déformations que nous pensons être la résultante d'un processus infectieux appréciable à différents stades de son évolution.

Les doigts sont déformés en radis : les diverses articulations des phalanges entre elles sont empâtées avec augmentation de volume des extrémités osseuses perceptible à la palpation. Il existe une grande laxité ligamentaire qui permet de mettre les

©BIUM

doigts en Z; et cette laxité contraste avec l'ossification de certains ligaments, en particulier des ligaments des articulations métacarpo-phalangiennes des deux index.

Le permier orteil est en extension permanente et présente la déformation en radis de la phalange unguéale.

Quant au rachis, l'examen y révéle une immobilité dans les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité de toute la colonne dorsale.

Nous ajouterons que notre malade est atteinte d'un rétrécissement mitral et que ses réflexes tendineux et cutanés sont normaux.

L'intérêt d'un cas comme celui-ci réside, nous semble-t-il, dans ce fait qu'on peut saisir l'action d'un agent infectieux ayant agi en même temps sur le système nerveux central, sur le cœur, sur les séreuses articulaires. De la mère de la malade nous tenons, en effet, le renseignement que les déformations articulaires remontent à la toute première enfance.

A considérer les articulations de notre malade, on ne peut s'empêcher de penser à l'action d'un de ces pseudo-rhumatismes infectieux dont les déformations actuelles ne sont que la conséquence. Et parmi les diverses variétés de ce pseudo-rhumatisme, il en est une à laquelle les déformations constatées font songer plus qu'à tout autre : c'est le rhumatisme tuberculeux.

Nous pensons donc que notre malade dont le père était, ainsi que nous l'avons dit, bacillaire, a hérité de l'infection de celui-ci et que l'action de cette infection a retenti à la fois sur son système nerveux, son endocarde et ses séreuses articulaires.

Refus d'obéissance d'origine délirante. Conviction de l'irréalité de la guerre chez un combattant,

par MM. G. Demay et J.-P. Renaux.

Le soldat B..., qui considère comme fictive la guerre à laquelle il a pris part, est loin, certes, d'avoir combattu pendant toute la durée des hostilités : le refus d'obéissance dont il va être question date de juillet 1915. Pourtant B..., s'il n'a pas participé à des opérations

©BIUM

importantes, est allé sur la ligne de feu ; non loin de lui ont éclaté des obus ; il a entendu le sifflement des balles ; il a vu des maisons détruites. Il n'en a pas moins cru à une comédie, à une « fantasmagorie », comme il dit, et, un jour, il a refusé de s'y prêter plus longtemps. Hâtons-nous d'ajouter que le caractère pathologique de cet acte d'indiscipline est apparu tout de suite et que B. ., soumis à une expertise médico-légale, a été l'objet d'un non-lieu.

B..., mobilisé en août 1914, est envoyé aux armées, sur sa demande, au mois de novembre suivant, et affecté au ...e régiment territorial d'infanterie.

Sa conduite ne donne lieu à aucune remarque particulière avant janvier 1915. A partir de ce moment, il se montre moins discipliné et s'attire à plusieurs reprises des observations de la part de ses chefs. Le 6 juillet, alors que sa compagnie s'apprête à se rendre aux tranchées, il reste au cantonnement. Malgré l'ordre de son officier, il refuse par deux fois de s'équiper. D'où plainte du capitaine concluant à l'envoi de B... devant un conseil de guerre, et signalant toutefois l'existence, chez le délinquant, d'anomalies mentales. Le commissaire-rapporteur demande une expertise psychiatrique et B... est transféré à l'asile de Clermont.

B... est âgé de quarante ans. Fils d'alcoolique, un de ses frères est mort de tuberculose pulmonaire, un autre a été condamné pour vol à un an de prison. Lui-même se montre de bonne heure assez instable. Ouvrier peintre, il quitte sa famille à l'âge de seize ans et se place à Nantes, où il ne reste que trois mois. Il travaille ensuite à Saint-Nazaire, puis à Angers. Pendant son année de service militaire, il subit quarante-cinq jours de prison (voies de fait, absences illégales, ivresse). A vingt-sept ans, il s'embarque pour Saint-Pierre-et-Miquelon comme peintre de bateaux et fait ainsi deux campagnes. En 1913, se trouvant sans travail, il est condamné à quarante-huit heures de prison pour vagabondage.

Trois ans environ avant la mobilisation, B... commence à s'apercevoir qu'il est surveillé. On le regarde d'un air bizarre ; on l'empêche de trouver du travail. Il a l'impression qu'on cherche à le provoquer, à l'impliquer dans de vilaines histoires. Ainsi se développent des idées de persécution des plus classiques et sur lesquelles, par conséquent, nous n'insisterons pas. Elles aboutissent bientôt à un système assez cohérent qui peut se résumer ainsi : B... est persuadé qu'il existe des sociétés secrètes, analogues à la « Camorra » italienne, chargées de

©BIUM

recruter des travailleurs pour les maisons centrales. Dès qu'un individu leur est signalé, il est traqué jusqu'à ce qu'il tombe dans un des pièges qui lui sont tendus. A ce thème principal viennent s'ajouter d'autres idées délirantes : doutes sur son origine, et qui l'amènent à ébaucher des idées de grandeur; prédictions d'une soi-disant tante qui lui aurait annoncé, dans son enfance, tout ce qui lui arrive depuis trois ans.

Les idées de B... sur la guerre se relient à ce système délirant. Après la mobilisation, il continue à être en butte à des provocations : ses camarades lui dérobent sa trousse, son bidon, lui font des farces, comme s'ils s'étaient donné le mot pour l'irriter, tout en affectant de rester en bons termes avec lui. A plusieurs reprises, il lui est arrivé de se sentir tout bizarre, de s'emporter sans motif, et il se demande si ces troubles de l'humeur ne sont pas le résultat d'une suggestion, si on ne cherche pas, une fois de plus, un mauvais prétexte pour lui infliger une condamnation. Il adopte d'autant plus aisément cette hypothèse que la guerre lui apparaît comme une « fantasmagorie ». Sa tante ne lui a-t-elle pas prédit qu'il assisterait à une guerre, mais que ce serait une guerre « d'expériences », une guerre d'essais? De fait, tout ce qu'il a observé lui montre bien qu'il ne s'agit pas d'une guerre réelle. Jamais il n'a vu autour de lui de tués ni de blessés, ou plutôt il en a vu un, mais qui s'est blessé lui-même, en lançant une grenade. Un jour une balle s'est enfoncée dans la terre tout près de lui : il a creusé le sol mais sans rien retrouver, ce qui est étrange. Plusieurs fois, aussi bien le jour que la nuit, il est monté sur le parapet de la tranchée sans être blessé, ce qui ne serait certainement pas arrivé si de véritables ennemis avaient été en face. Il entendait fréquemment parler d'attaques, de postes enlevés par surprise; il a demandé à participer à une opération de ce genre, mais en vain. En fait de prisonniers, il a aperçu tout juste un individu coiffé d'un bonnet à bande rouge, qu'on lui a dit être un Boche, et ce n'est pas une preuve bien convaincante. Dans ces conditions, la garde des tranchées devenait une comédie à laquelle il était inutile de prendre part.

Nous avons observé B... pendant plus de six mois sans constater la moindre atténuation de sa conviction délirante, Quelle que soit l'objection qu'on lui pose, il ne se tient pas pour battu, — c'est bien le cas d'employer cette expression. Lui demande-t-on, par exemple, s'il n'a pas vu de maisons, de villages détruits par les bombardements, il répond : « Si, à Ribécourt; mais c'est une coutume, chaque année, de payer un certain nombre de municipalités pour des tirs réels exécutés sur leur territoire. C'est analogue à ce qui se passe dans la marine où des cuirassés servent de cibles à d'autres navires pour con-

©BIUM

naître la force de pénétration des obus et la résistance des plaques blindées. » A bien réfléchir, B... en vient à considérer son acte d'indiscipline comme le résultat d'une suggestion exercée par ses ennemis qui sont ainsi arrivés à le priver de sa liberté. Mais ceci n'entame en rien sa croyance en l'irréalité de la guerre.

On le voit, il s'agit d'un délire à base d'interprétations qui, comme il est fréquent, a évolué pendant plusieurs années silencieusement, sans autre manifestation extérieure que la tendance vagabonde du sujet. La guerre — et cela aussi est d'observation courante — a été le réactif qui a fait apparaître au grand jour le délire. Mais elle lui a imprimé une couleur assez inattendue et originale. Un pareil fait n'est toutefois pas unique. Gilbert Ballet a présenté en 1915, à la Société de Neurologie, un interprétateur qui avait déserté parce qu'il ne croyait pas à la guerre ; mais cet homme, mobilisé dans l'artillerie, n'avait pris part qu'à des manœuvres préliminaires et non à des opérations de guerre proprement dites. Le cas de notre malade, qui a été vraiment un combattant, est peut-être encore plus typique. Partant de son observation, le regretté professeur insistait sur la subordination du jugement à l'affectivité, idée qu'on ne saurait trop mettre en relief, et qui est d'ailleurs partagée, croyons-nous, par tous les aliénistes. Nous ne pensons pas toutefois que cette opinion implique nécessairement, comme le veut Ballet, l'adhésion à la théorie de l'origine exclusivement affective du délire d'interprétation. Sans nous étendre sur ce point de doctrine, nous noterons simplement qu'une observation comme celle de B... vient plutôt à l'appui de la théorie idéo-affective.

Le malade de Gilbert Ballet avait, nous l'avons dit, réagi par la désertion. Les statistiques publiées par les médecins des centres psychiatriques d'armée et les observations apportées ici même montrent en effet que la désertion et l'abandon de poste sont les délits le plus fréquemment soumis à l'expertise médicale. Le refus d'obéissance, beaucoup plus rare, est, comme l'indiquait récemment M. R. Mallet, habituellement associé à l'ivresse. Il n'en a pas été de même chez B..., et

©BIUM

c'est aussi ce qui nous a engagés à vous soumettre cette contribution à la médecine légale du délire d'interprétation.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

P. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

SÉANCE DU 30 JUIN 1919

Présidence de M. DUPAIN, président.

Allocution du Président.

MES CHERS COLLÈGUES,

La séance est ouverte. Il me semble, aujourd'hui, que mes paroles résonnent mieux, ma respiration est plus ample et plus libre. Cette sorte d'oppression, fatigante à la longue, qui nous étreignait, s'est dissipée.

Depuis juste quarante-huit heures *ils* ont signé, étonnés et confus de se trouver ainsi dans cette Galerie célèbre du Château de Versailles, dont *ils* croyaient sans doute faire une annexe de Potsdam.

Ils eussent profané encore le Palais du Grand Roi sans en saisir la beauté, sans en comprendre la grandeur.

L'héritage de Lothaire, que Louis XIV avait réuni à la France, est redevenu terre française.

Tout à l'heure un de vos collègues va vous entretenir des *Commotions du champ de bataille.*

Adressons du plus profond de notre cœur un solennel hommage de reconnaissance à nos défenseurs héroïques, aux valeureux poilus de nos armées.

Rendons à la mémoire des morts pour la Patrie un pieux souvenir ; n'oublions pas ces héros inconnus qui reposent là-bas dans les plaines de Champagne ou les ravins des Vosges... Des femmes en deuil, entrelaçant des gerbes, s'en vont parmi les tombes, s'inclinent pour prier en effeuillant des fleurs.....

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

MM. Chavigny, Collet, Gilles, Levassort, membres correspondants, et A. Wimmer, de Copenhague, membre associé étranger, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bussard, membre correspondant, qui pose sa candidature au prochain siège vacant de membre titulaire ;

2° Une lettre de M. Boudon, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Paris, qui demande à faire partie de la Société à titre de membre correspondant. — Commission : MM. Arnaud, Briand et André Collin, rapporteur ;

3° Une lettre de M. Bedford Pierce, qui remercie la Société de sa nomination de membre associé étranger.

Réponses aux messages de félicitations adressés par la Société (1).

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — J'ai reçu de M. D'HOLLANDER, secrétaire de la Société de médecine mentale de Belgique, la lettre suivante en réponse au message que j'ai adressé en votre nom à cette Compagnie savante :

Mons, le 6 juin 1919.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous informer que la Société de médecine mentale de Belgique, dans la séance de reprise de ses travaux, du 31 mai 1919, a pris connaissance du témoignage de sympathie que la Société médico-psychologique de Paris a eu la délicate attention de lui adresser à l'occasion de la libération de notre territoire.

Cet hommage lui est d'autant plus précieux qu'il vient du pays allié qui fut toujours le plus cher et le plus uni à la Belgique !

(1) Suite. V. les *Annales* de mai 1919, p. 131 et juillet 1919, p. 308.

©BIUM

Au nom de tous nos membres, je vous prie d'être l'interprète auprès de notre consœur de Paris, de nos remerciements les plus sincères et de notre sympathie la plus vive.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, vous et tous vos collègues, l'assurance de mes sentiments confraternellement dévoués.

Le Secrétaire,
Dr D'HOLLANDER.

A cette lettre officielle était jointe la lettre personnelle suivante :

Mons, le 6 juin 1919.

Monsieur le Secrétaire général et cher collègue,

J'ai l'avantage de vous transmettre la réponse de notre Société à la sympathique adresse de la Société médico-psychologique de Paris. Cette réponse est malheureusement un peu tardive; elle s'explique par les difficultés de rétablissement de nos chemins de fer.

En même temps, j'ai le plaisir de vous annoncer que l'Université de Louvain vient de me confier la chaire de psychiatrie ; cette promotion flatteuse réalise le grand rêve de ma vie.

Veuillez agréer, mon cher collègue, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr D'HOLLANDER.

En lui accusant réception de ses lettres, je n'ai pas pas manqué d'adresser à M. D'Hollander nos félicitations les plus vives pour la nouvelle situation que lui ont value ses nombreux et savants travaux.

Rapports de candidatures.

M. RENÉ CHARPENTIER. — Messieurs, après avoir déclaré vacantes trois places de membre titulaire de la Société médico-psychologique, vous avez nommé pour examiner les titres des candidats, une commission composée de MM. Briand, René Charpentier, Colin, Dupré et Laignel-Lavastine. Votre Commission a eu à examiner les titres de trois candidats. Tous trois, membres correspondants de notre Société, sont également connus de vous et également dignes de vos suffrages.

Membre correspondant de la Société médico-psychologique depuis le 24 juillet 1905, M. le *Dr Albert*

©BIUM

Devaux est aussi correspondant national de la Société de Neurologie. Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, ancien assistant de M. le Dr Motet dans sa maison de santé de Charonne, médecin-légiste de l'Université de Paris, chef de laboratoire de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, le Dr Devaux fut, pendant deux années, à l'Irrenklinik de Heidelberg, l'assistant du professeur Nissl, un des rares savants allemands dont la signature ne se trouve pas au bas de ce manifeste de négation systématique de faits malheureusement trop vrais. L'action du Dr Devaux fut d'ailleurs féconde, puisque c'est à lui que revint l'honneur, dès 1902, de faire connaître à nos voisins, par des conférences et des démonstrations pratiques, les travaux cytologiques de la science française et la valeur diagnostique et thérapeutique, aujourd'hui reconnue de tous, de la ponction lombaire.

Outre ses travaux sur les applications de la ponction lombaire en psychiatrie et, en particulier, dans la paralysie générale et dans l'idiotie, M. Devaux a fait un grand nombre de recherches histologiques et cliniques sur les endothéliomes des méninges, les tumeurs cérébrales, les abcès cérébraux, les foyers lacunaires du cerveau, les foyers de nécrose de l'écorce cérébrale, l'hydrocéphalie acquise, les caractères histologiques différentiels de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale diffuse, la neuronophagie. A ces travaux de laboratoire s'ajoutent des considérations cliniques sur l'aphasie, l'amnésie et la fabulation, les cœnestopathies, la médecine légale de la paralysie générale, etc. En collaboration avec M. Prosper Merklen, il nous a donné une excellente traduction, élégante et claire, de l'Introduction à la Psychiatrie clinique de Kraepelin, nous faisant connaître l'œuvre du professeur de Munich, non pas dans des traités théoriques aux éditions multiples et aux cadres instables, mais dans des leçons consacrées à l'observation des faits et à leur analyse clinique.

Il faut citer encore les articles de M. Devaux sur la mélancolie du peintre Hugo van der Goes, sur la ponction cérébrale dans la paralysie générale, et un livre, récemment publié par lui, en collaboration avec le

©BIUM

Dr Logre, étude clinique très minutieuse de la constitution anxieuse, variété de constitution émotive, et de l'anxiété dans les principaux états psychopathiques (*Les Anxieux*, Masson, édit., 1917).

Pendant la guerre qui vient de prendre fin, après un séjour sur le front de Lorraine, M. Devaux fut attaché à la mission française en Roumanie. Chargé d'organiser et de diriger l'assistance neuro-psychiatrique du Service de Santé des armées roumaines, il y rendit des services très appréciés qui lui valurent sa nomination, à titre militaire, dans l'ordre de la Légion d'honneur. Outre des articles sur les délires guerriers dans la fièvre typhoïde, et sur les séquelles nerveuses de la méningite cérébro-spinale méconnue, il eut l'occasion, au cours de la meurtrière épidémie de typhus exanthématique qui sévit chez nos alliés, de publier des articles très intéressants sur la ponction lombaire dans le typhus exanthématique et sur les complications nerveuses de cette infection.

Le *Dr Roger Dupouy* est membre correspondant de notre Société depuis le 29 juillet 1907. Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris, ancien interne des asiles de la Seine, ancien chef de clinique des maladies mentales et médecin des asiles publics d'aliénés, M. Roger Dupouy est médecin-directeur de la maison de santé de Fontenay-sous-Bois. Ses travaux sont bien connus de vous. Depuis 1904, date de sa thèse inaugurale sur les psychoses puerpérales, il a publié des travaux très documentés, très intéressants et très variés.

En 1909, en collaboration avec le professeur Joffroy, il publia un ouvrage, aujourd'hui classique, intitulé *Fugues et Vagabondage*. Ce travail renferme cinquante-quatre observations, pour la plupart inédites, une étude très approfondie et non sans originalité des différents types de fugues et une définition heureuse du vagabondage, « le fait d'errer sans vouloir ou pouvoir revenir à un domicile fixe ».

Un autre volume a été consacré par M. Roger Dupouy à l'étude avertie et complète des opiomanes, mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium. En présentant ce travail aux lecteurs, M. le professeur Régis l'a défini lui-même : « un beau et bon livre, œuvre de saine

©BIUM

science et de haut patriotisme », exprimant ainsi la portée sociale qui s'ajoute à l'intérêt scientifique de l'ouvrage.

De nombreux articles, de nombreuses communications dans diverses sociétés, particulièrement ici, forment une liste déjà longue, de laquelle il faut retenir les observations d'amnésie localisée rétro-antérograde chez un paralytique général, de délire conjugal avec hallucinations des deux sujets, d'hallucinations conscientes, d'inversion sexuelle, de délire d'interprétation, de paralysie générale avec autopsie, de vols et auto-mutilations d'origine épileptique, de délire de préoccupation physiologique, de morphinomanie familiale, de syndrome paralytique avec conscience et tentative de suicide, de sclérose latérale amyotrophique post-traumatique, d'épilepsie par méningo-encéphalite et syndrome bulbo-cérébelleux. Il faut citer encore des articles sur la kleptomanie, la statistique des accès de manie, l'hérédité, le tempérament et le caractère des épileptiques, leur traitement, le délire obsessif, l'optimisme de Baudelaire, de Coleridge, d'Edgar Poë, etc.

Pendant la guerre, successivement chef d'un centre neuro-psychiatrique d'armée, médecin-chef d'ambulance, et médecin-chef d'un régiment d'infanterie, M. Dupouy, à qui sa courageuse conduite et son haut sentiment du devoir ont valu trois citations à l'ordre du jour de la division, a publié des travaux très intéressants parmi lesquels, outre un article sur les blessés de poitrine de deuxième ligne, des communications diverses aux réunions médicales de la V^e^ armée sur les commotions par obus et le fonctionnement des centres de neuro-psychiatrie, des notes statistiques sur les troubles neuro-psychiques dans l'armée en temps de guerre, des notes sur les commotions cérébro-médullaires par explosion d'obus sans blessure extérieure. Il décrivit enfin, sous le nom de signe des sternos, un nouveau symptôme traduisant l'irritation bulbo-médullaire.

Membre correspondant de notre Société depuis le 26 avril 1909, le D^r^ *A. Delmas* est aussi bien connu de vous. Ancien interne des asiles de la Seine, ancien chef de clinique des maladies mentales, médecin des asiles publics d'aliénés, médecin-légiste de l'Université de

©BIUM

Paris, M. Delmas est actuellement médecin-directeur de la maison de santé d'Ivry-sur-Seine.

Il est l'auteur d'une thèse très remarquée sur la mort avec ictus dans la paralysie générale, travail exécuté en 1907 dans le laboratoire de son très regretté maître Auguste Vigouroux, à l'asile de Vaucluse. M. Delmas a fait, en outre, devant les diverses sociétés savantes auxquelles il appartient, ici en particulier, de nombreuses et intéressantes communications parmi lesquelles nous rappellerons : un cas d'insuffisance diastématique, encéphalopathie addisonienne, hydrocéphalie secondaire, un cas de psychose hallucinatoire chronique post-onirique, accès subaigu d'alcoolisme chronique à forme d'amnésie lacunaire, un cas de paralysie générale à forme somatique, etc., etc.

Choisi comme rapporteur par le Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, il fut chargé de traiter l'intéressante question des psychoses post-oniriques, et rédigea pour la session qui devait se tenir à Luxembourg au mois d'août 1914, un remarquable exposé très documenté et très précis dont la guerre a, jusqu'ici, retardé la discussion.

Dans un livre de pratique psychiatrique qui vient de paraître tout récemment sous la direction de M. Laignel-Lavastine, M. Delmas a écrit une nosographie psychiatrique, claire et méthodique, destinée aux étudiants et aux praticiens et qui leur sera très utile pour se reconnaître parmi les nombreuses synonymies de la terminologie psychiatrique.

Enfin, depuis le début de la guerre, l'activité de M. Delmas s'est dépensée tant à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police où il assura la suppléance de l'un des médecins parti aux armées, qu'à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce où il fut, au centre de psychiatrie du Gouvernement militaire de Paris, l'assistant de M. le médecin principal de 1re classe Briand. Vous vous souvenez qu'il a apporté devant vous des documents statistiques importants sur la paralysie générale pendant la guerre.

Avec le professeur Georges Dumas, M. Delmas fut chargé d'une mission dont le compte-rendu, fort intéressant, a paru dans les *Archives de médecine et de*

©BIUM

pharmacie militaires, sous le titre : « la Confusion mentale d'origine commotionnelle chez les blessés ». En collaboration avec M. Briand, il fit, à la Société de médecine légale, des communications sur les indemnités à accorder aux persévérateurs hystériques et sur les fugues récidivantes dans les petits états mélancoliques.

Tels sont, Messieurs, trop brièvement exposés, les titres de MM. Devaux, Dupouy et Delmas. Leur activité scientifique vous est connue. Tous trois font déjà partie de notre Société et votre Commission, à l'unanimité, vous propose de nommer MM. Devaux, Dupouy et Delmas aux trois places vacantes de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

MM. Delmas, Devaux et Dupouy sont élus membres titulaires, à l'unanimité des votants.

M. JUQUELIER. — Vous avez nommé une Commission composée de MM. Arnaud, Truelle et Juquelier, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le Dr Revault d'Allonnes qui sollicite d'être nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Le Dr Revault d'Allonnes est actuellement directeur de la maison de santé de Picpus, où il a pris la succession de notre regretté collègne, M. le Dr Pottier.

Agrégé de philosophie depuis 1897, licencié ès sciences naturelles en 1905, M. Revault d'Allonnes a entrepris ensuite des études médicales avec la préoccupation de se consacrer à la psychiatrie : appelé par le professeur Joffroy à collaborer avec M. G. Dumas au laboratoire de psychologie pathologique de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, il a successivement exercé pendant huit ans les fonctions de chef adjoint, puis de chef de ce laboratoire à l'asile clinique.

En 1908, il devenait docteur ès lettres après la soutenance en Sorbonne d'une thèse sur la *Psychologie d'une religion* (*Théomanie*) qui intéresse au plus haut point notre spécialité. La thèse de M. Revault d'Allonnes pour le doctorat en médecine a été soutenue en 1911 : elle étudie les éléments de l'*Affaiblissement intellectuel chez les déments*. C'est une œuvre dont l'étendue et la documentation dépassent de beaucoup la moyenne ordinaire des thèses médicales. L'auteur y a réuni un grand

©BIUM

nombre d'observations minutieusement recueillies; il préconise pour l'étude de l'état mental des déments des procédés ingénieux qui ont pu être l'objet de certaines critiques, mais qui n'en font pas moins la preuve des hautes qualités de travail et de l'originalité d'esprit de leur auteur.

M. Revault d'Allonnes ne s'en est pas tenu à ces deux thèses. Nous lui devons encore une *Psychologie appliquée à la morale et à l'éducation*, parue pour la première fois en 1902, chez Hachette et qui a eu douze éditions; les *Inclinations* (Alcan, 1908); une étude sur *Lamarck* (Michaux, 1912); une révision de la 3e édition allemande du *Précis de psychologie d'Ebbinghaus* (Alcan, 1912).

Secrétaire de la rédaction du *Journal de psychologie normale et pathologique*, collaborateur à la *Revue philosophique* et à l'*Année psychologique*, M. Revault d'Allonnes a publié dans ces différents périodiques un certain nombre d'articles, gages de l'activité scientifique constante que la Société médico-psychologique a le devoir d'exiger de ses nouveaux adhérents.

Votre Commission vous propose donc d'accueillir très favorablement la candidature au titre de membre correspondant de M. le Dr Revault d'Allonnes.

M. Revault d'Allonnes est élu membre correspondant à la majorité des votants.

Les explosions du champ de bataille,

par M. CHAVIGNY, médecin principal de 2e classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

A la dernière séance de cette Société et à propos de la communication que je faisais alors au sujet de l'expertise psychiatrique de la confusion mentale, M. Piéron a soulevé la question de la pathogénie de cette confusion mentale et de la différence qu'on doit, selon lui, établir entre les troubles dus à la *commotion vraie* et ceux qui sont imputables à l'*émotion*.

J'étais fort gêné pour répondre d'une façon un peu développée à la question incidemment posée de cette façon, parce que, précisément, j'avais adressé, quelques jours auparavant, à l'Académie de Médecine une note

©BIUM

sur une expérience que je considère comme fondamentale, et je ne voulais pas changer l'ordre de priorité établi dans mes communications.

Depuis longtemps déjà, j'avais été frappé par la difficulté d'interpréter, avec quelque précision, la pathogénie des accidents d'ordre nerveux et mental constatés à la suite des grosses explosions du champ de bataille.

J'avais primitivement pensé pouvoir obtenir des renseignements en m'adressant aux artilleurs, mais même les plus qualifiés d'entre eux m'ont avoué leur ignorance très complète en cette matière; ils connaissent admirablement la question des poudres et explosifs considérés dans leurs effets balistiques ou destructeurs, mais jamais ils ne se sont souciés d'en étudier les effets mécaniques et généraux.

Réduit alors aux recherches directes, j'ai essayé d'enregistrer et d'analyser les effets des explosifs, et j'ai consigné les résultats de ces recherches, poursuivies pendant trois ans, dans une suite de mémoires insérés, en 1916-1917-1918, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (1).

Tout naturellement, j'ai essayé d'abord d'employer comme instrument inscripteur un appareil de Marey, mais j'ai bientôt dû y renoncer, cet appareil étant beaucoup trop fragile pour enregistrer des chocs brusques, très violents; puis, la membrane réceptrice est sujette à prendre ou à subir des vibrations élastiques qui fausseraient totalement les tracés.

En utilisant pourtant cet appareil, j'avais, à l'aide d'un dispositif particulier, pu me rendre compte qu'une explosion détermine à la fois des ondes centripètes et centrifuges. Pour séparer l'inscription de ces deux sortes d'ondes, j'avais garni les entonnoirs récepteurs d'un grillage en fil de fer assez serré, et la membrane réceptrice en caoutchouc était placée, tantôt en dehors, tantôt en dedans du grillage qui interceptait ainsi les oscillations, soit positives, soit négatives.

Autre inconvénient, que je considérais comme capital.

(1) Chavigny. Les explosions du champ de bataille, leur rôle et leur mécanisme pathogènes. *Annales d'hygiène publique et médecine légale*, juillet 1916, mai 1917, juillet 1918.

©BIUM

Ces membranes de caoutchouc enregistraient indistinctement, et traduisaient par un tracé toujours de même sorte, soit des déplacements massifs de l'air, soit des vibrations de celui-ci, soit des différences de pression.

J'avais un intérêt de tout premier ordre à tenter de différencier précisément ces divers modes d'action mécanique, et il me fallait improviser des appareils récepteurs à la fois robustes et sensibles. J'ai donc établi tout d'abord un modèle de « *culbutants* » ou « *soupapes à air* », taillées dans une feuille de zinc mince. L'appareil comporte deux pattes pointues qui permettent de le piquer dans le sol à des distances diverses du foyer d'explosion qu'on veut étudier et une petite valve qui tombe sous l'impulsion d'un courant d'air, même très faible. Cet appareil, très simple, très robuste, très peu coûteux, peut être fabriqué en série, et il est aisé alors d'en parsemer le terrain à toutes les distances auxquelles on souhaite d'enregistrer les effets survenus.

Ce système a uniquement pour but d'enregistrer le passage d'un courant d'air, c'est-à-dire d'un déplacement, d'une translation de la masse atmosphérique. Tel qu'il est construit, il est incapable d'enregistrer ni les vibrations de la colonne d'air, ni les différences de la pression atmosphérique. C'était donc bien l'un des instruments qu'il me fallait avoir pour dissocier les éléments des phénomènes à étudier.

Une série d'expériences est donc faite, au cours desquelles des explosions sont produites en un foyer autour duquel sont disposés des culbutants, tous orientés pour enregistrer *les courants centrifuges*. Dans ce cas, *chaque explosion renverse uniformément les valves des soupapes à air, mais dans un rayon d'ailleurs assez restreint*. Jamais, en particulier, il n'y a eu de ces exceptions, que l'on serait tenté d'attribuer à la présence de nœuds et de ventres de vibrations. Ce phénomène de zones alternantes, auquel certains auteurs accordent volontiers une importance extrême, me paraît être la trace purement imaginative d'une sorte de conception tout *a priori*; l'idée en provient vraisemblablement des études connues sur les phénomènes vibratoires (son, lumière) et ne se rapporte que bien imparfaitement au cas d'un courant gazeux.

©BIUM

Quand on dispose les soupapes à air, moitié dans le sens centrifuge, moitié dans le sens centripète, en les alternant entre elles, on constate que le *courant d'air centripète* a renversé un certain nombre de ces valves, mais dans un *rayon d'action bien moindre* que celui du courant centrifuge.

Ces deux points étant acquis, il s'agissait alors de déterminer quel était l'ordre de passage de ces deux courants, *centrifuge* et *centripète*. Pour cela, j'ai disposé mes soupapes à air par groupes de deux, dans le type que j'appelais « *à chute en recouvrement* », c'est-à-dire que deux soupapes étaient soudées sur un plan commun, l'une en face de l'autre, et à distance telle que les valves, lorsqu'elles tombaient, venaient se recouvrir l'une l'autre par leur extrémité supérieure. Bien évidemment, la valve qui, en fin d'expérience, est recouverte par l'autre, est celle qui a culbuté la première. Ainsi constitué, l'appareil fournissait donc des renseignements d'*ordre chronologique*. Une série d'expériences avec cette sorte d'appareil indique constamment que le *courant centripète* (*négatif*) *se produit plus tard que le courant centrifuge* (*positif*).

Ayant fait part des résultats ainsi obtenus à M. Jouguet, auteur d'un livre sur *La mécanique des explosions* (O. Doin, 1917), celui-ci m'a fait une objection. Selon lui, et avec le dispositisf expérimental adopté, on aurait pu objecter que la chute de la valve positive avant celle de la valve négative pourrait peut-être être attribuée à ce que la première valve se trouvait plus rapprochée du foyer d'explosion.

J'ai résolu le nouveau problème ainsi posé en me servant encore d'un système de deux valves conjuguées ; mais, cette fois-ci, la valve négative était placée en position plus proche que l'autre du foyer d'explosion. L'enregistrement chronologique de l'ordre de chute était obtenu en prolongeant chaque valve dans le sens inférieur par un léger cadre en fil de fer. L'ordre de recouvrement de ces petits cadres donnait, cette fois encore, l'ordre de chute. Dans ces conditions, également, c'était bien toujours la valve positive qui s'était abattue la première.

On peut donc valablement conclure qu'*autour d'un*

©BIUM

foyer d'explosion il y a d'abord passage d'un courant d'air centrifuge, puis, secondairement, passage d'un courant d'air centripète.

Toute une série de constatations, faites dans de jeunes taillis, où, au printemps, étaient venus exploser des obus de fort calibre, m'a montré qu'il ne faut pas faire très grand fond sur une hypothèse d'après laquelle l'action explosive dans le *sens vertical* serait très différente de ce qu'elle est dans le *sens horizontal*, au ras de terre. La destruction des jeunes feuilles du taillis en était un témoin très sensible, et les feuilles ne se trouvaient pas plus particulièrement touchées dans le sens vertical que latéralement. D'ailleurs, pratiquement, un homme qui se trouve à côté d'un foyer d'explosion subit presque toujours les seuls effets de la tranche horizontale de l'air en mouvement.

Comment se fait-il donc que les effets mécaniques du courant d'air centrifuge soient aussi exactement limités à une zone très voisine du point d'éclatement?

Si on se reporte aux conditions physiques et mécaniques de ce qui se passe dans le cas de la surproduction gazeuse en un foyer d'explosion, on voit que l'excès de pression, que la quantité de gaz devenus disponibles, vont se diluer très rapidement dans l'espace avoisinant. Si, par exemple, le volume des gaz résultant d'une détonation, produit dans la demi-sphère voisine, de rayon égal à l'unité, une pression égale à 1.000 atmosphères, le calcul enseigne que, dans la demi-sphère de rayon 2, la pression tombe déjà à 125 atmosphères et le tableau des pressions décroissantes est le suivant :

				Atmosphères.
Demi-sphère de rayon.		1	Pression.	1.000
—	—	2	—	125
—	—	3	—	35,037
—	—	4	—	15,625
—	—	5	—	8
—	—	6	—	4,756
—	—	7	—	2,882
—	—	8	—	1,930
—	—	9	—	1,387
—	—	10	—	1
—	—	100	—	1,100

©BIUM

C'est un calcul élémentaire de géométrie.

Le graphique est très démonstratif.

Tels sont donc les résultats très catégoriques auxquels permet d'arriver le très simple appareillage dont je m'étais servi.

Il restait maintenant à se demander si l'on pouvait se rendre un compte exact des effets des *variations de la pression atmosphérique*.

La question était extrêmement importante à résoudre ; d'après une expérience datant du début de la guerre et présentée par M. Arnoux à la Société des Ingénieurs civils (1915), un baromètre métallique placé au voisinage d'un foyer d'explosion de gros projectiles aurait enregistré une dépression extrêmement marquée et dont M. Arnoux estimait la valeur à 350 millimètres de mercure.

Les faits qui m'avaient été révélés par une étude attentive du bris des vitres au pourtour d'un foyer d'explosion m'avaient mis en méfiance contre la méthode qui consiste à enregistrer les effets d'explosion en se servant de corps élastiques, susceptibles de présenter des vibrations propres ou communiquées. Aussi, de propos délibéré, j'ai utilisé dans mes expériences un baromètre à air constitué par un gros ballon de 2 litres dans le col duquel est luté un tube en U, celui-ci étant exactement rempli de liquide. L'appareil ainsi préparé, la moindre surpression dans son voisinage provoque un écoulement du liquide dans l'intérieur du ballon, tandis qu'une dépression fait écouler le liquide au dehors où il est recueilli dans une petite cupule disposée à cet effet.

Cet appareil a été essayé d'abord à l'air libre, et dans diverses conditions il s'est montré d'une sensibilité extrême.

Or, quand on place plusieurs exemplaires de ce baromètre à air *en des points très rapprochés d'un foyer d'explosion*, on constate de façon absolument uniforme que *la colonne liquide n'a pas bougé*.

Interprétation. — Cela ne veut pas dire, bien entendu, qu'il n'y a pas eu de changements de pression ; mais ces changements de pression sont extrêmement rapides, trop rapides même pour produire des effets mécaniques, même sur un appareil aussi sensible que le

©BIUM

baromètre utilisé et dans lequel pourtant les phénomènes d'inertie sont bien peu accentués.

En physique et en mécanique ce n'est nullement un fait anormal ni isolé, le facteur *temps* a son importance dans la production des effets. Il suffit de se reporter aux différences observées sur une glace suivant que celle-ci est traversée par un projectile à grande vitesse ou par un caillou lancé à la main. Autre cas encore, et du même genre, avec les courants de haute tension et de grande fréquence.

Enfin, un dispositif fort ingénieux dû au lieutenant Sellier est venu corroborer, au moyen d'une technique expérimentale infiniment simple, toutes les données obtenues ci-dessus. Son système consiste à semer de confettis le terrain voisin d'une explosion expérimentale. On n'a plus qu'à examiner ce que sont devenus ces confettis, après l'explosion.

J'ai essayé de compléter ce système par une expérience dite *des champs numérotés*. Sur tout le pourtour du foyer d'explosion, on dispose divers objets lourds marqués d'un chiffre au poinçon, ce sont, par exemple, des balles de fusil posées sur leur base. Ce sont aussi des douilles métalliques de cartouches de fusil de guerre. Pour celles-ci, on peut augmenter leur sensibilité à la culbute, en les posant par leur petite extrémité.

Enfin, pour les confettis, on obtient encore des résultats plus saisissants en semant le terrain de cercles concentriques, chaque zone étant formée par des confettis d'une couleur spéciale. Un dispositif de ce genre permet d'étudier très complètement et en une seule expérience les effets d'une explosion.

Il nous reste alors à reporter dans l'interprétation de la pathologie humaine les faits ci-dessus constatés, en y ajoutant ce qu'on connaît de la pathologie du champ de bataille. Nous résumerons ainsi cet ensemble :

1° Une explosion du champ de bataille est tout d'abord susceptible de produire des traumatismes directs, d'ordre chirurgical, imputables à la projection des éclats (enveloppe du projectile, shrapnells, ainsi que projectiles secondaires : pierres, briques, poutres, etc.).

2° En second lieu, on peut constater, mais bien rarement, des effets d'arrachement dus au projectile-air,

mais cela ne se rencontre guère que dans des conditions très spéciales. On en avait eu, dès le temps de paix, des exemples indiscutables dans les cas de mort produits par coup de canon à blanc, sur des individus qui se trouvaient à courte distance de la bouche du canon. Il est possible que ce soit un mécanisme de même genre auquel on doive rapporter le cas publié par Sancerre concernant un homme chez lequel, à la suite d'une explosion du champ de bataille, il avait constaté des déchirures du poumon.

3° Il est de notion courante que sur le champ de bataille, au voisinage d'un foyer d'explosion, certains individus sont projetés à courte distance, quelques mètres au plus, sans avoir été atteints d'aucune blessure.

Dans ce cas, des lésions de *précipitation*, dues à l'inertie des organes internes mal soutenus, peuvent se produire, soit au moment où le corps humain est chassé violemment par le courant d'air (accident de départ), soit au moment où le corps retombe sur le sol (accident d'arrivée).

4° Quant aux accidents à distance qu'on avait été tenté d'imputer à des coups de pression ou à des coups de dépression, rien dans les expériences ci-dessus indiquées ne permet d'en confirmer la réalité. Il est fort vraisemblable que des accidents d'ordre émotif ont été, en bien des circonstances, attribués à un substratum anatomique ou inexistant ou se rapportant à une autre cause.

Diverses expériences que j'avais faites sur des animaux me paraissent confirmer entièrement les données ci-dessus et les expériences de MM. Mairet et Durante me semblent exactement devoir être interprétées de la même façon.

Donc une série d'interprétations, très universellement adoptées depuis le commencement de la guerre, comme explicatives de la pathogénie de beaucoup d'accidents nerveux observés, me paraît très sérieusement compromise par les résultats des expériences que je viens de rapporter. D'ailleurs, ma conviction à ce point de vue est corroborée par une série de faits cliniques : aux partisans de la théorie des variations atmosphériques, j'opposerai en particulier que, dans les Centres de

©BIUM

neuro-psychiatrie, il n'a pas été rare de rencontrer des sujets qui avaient été victimes d'un accident d'automobile ou d'aviation, par exemple, et qui présentaient des symptômes tout à fait identiques à ceux des hommes atteints de commotion du champ de bataille, or, chez les premiers, il ne pouvait être question d'accidents dus à des variations de pression.

Quant aux lésions anatomiques incontestables qui ont été rencontrées par certains expérimentateurs, et quant au résultat des ponctions lombaires auxquelles beaucoup de neurologistes ont attribué une valeur extrême, je ferai remarquer que toutes ces constatations peuvent également bien s'expliquer par les effets de *précipitation*, de *choc des organes*.

Mes expériences m'amènent à la conviction que l'immense majorité des troubles consécutifs aux explosions du champ de bataille sont d'ordre émotif. La chose est peut-être même vraie pour la totalité de ces cas.

Je me rattache donc, en cela, à l'hypothèse qui avait été émise par Gilbert Ballet et par Rogues de Fursac, mais j'apporte, à ce qui était une hypothèse, la contribution d'un certain nombre d'expériences qui, il me semble, précisent bien les faits dont il s'agit.

On pourrait, peut-être, arguer que l'homme est un réactif beaucoup plus sensible que les animaux, que son système nerveux est plus fragile. Précisément, je puis vous apporter une expérience que je considère comme tout à fait concluante; elle a été réalisée par M. le lieutenant Sellier, mon collaborateur, dans les expériences précédentes. Assez récemment, M. Sellier ayant à détruire une assez grande quantité de vieux approvisionnements d'explosifs, a répété sur lui-même ce que nous avions antérieurement fait sur les animaux. Il faisait exploser en une seule fois 350 kilogrammes de tolite et d'hexanitrodiphénylamine.

Il s'était au préalable couché sur le terrain à 80 mètres de distance du foyer, se protégeant seulement la tête avec un couvercle de caisse pour éviter les accidents dus à une projection directe de pierres ou de mottes de terre. Ainsi que je l'ai mentionné dans une note présentée tout récemment à l'Académie de Méde-

cine, il n'a ressenti aucun effet quelconque des explosions, assez fortes pourtant pour casser les vitres à 1.800 mètres de distance et ouvrir les portes d'une maison à 3 kilomètres.

Bien entendu, il faut réserver un chapitre spécial pour les lésions de l'oreille, la rupture du tympan pouvant reconnaître des mécanismes encore fort imparfaitement élucidés.

Les objets élastiques et vibrants doivent peut-être, eux aussi, leur rupture à leurs propriétés physiques spéciales (vibrations propres, vibrations harmoniques, etc.).

Je ne donne pas ces études comme terminées, mais il me semble que, présentées ainsi, elles dégrossissent déjà une question sur laquelle on s'était trop souvent contenté jusqu'ici de simples hypothèses.

DISCUSSION

M. Dupré. — Le véritable critère ne se trouve pas dans les expériences si intéressantes et si minutieuses de M. Chavigny, mais dans l'examen bioptique. Il y a commotion si l'examen met en évidence les signes organiques de la commotion et si la ponction lombaire décèle les modifications aujourd'hui bien connues du liquide céphalo-rachidien. Dans la commotion, la période de coma initial, d'abolition complète de toute activité psychique, exclut l'émotion. Je parle bien entendu des cas purs qui seuls peuvent servir à cette discussion. Après le coma surviennent des phénomènes post-commotionnels immédiats et des phénomènes post-commotionnels tardifs. L'examen bioptique met en évidence des modifications évolutives qui révèlent que le syndrome est d'ordre organique. On n'observe rien de tout cela dans l'émotion, mais des réactions désordonnées et, le plus souvent, la fugue de l'individu sous l'influence de l'anxiété.

L'intérêt des appareils et des expériences imaginés par M. Chavigny conserve toute sa valeur, mais n'apporte pas un élément de diagnostic différentiel.

M. Piéron. — Si M. Chavigny veut soutenir qu'on a peut-être exagéré le rôle de la commotion, il a raison : il faut se méfier du diagnostic trop souvent posé de syndrome commotionnel.

©BIUM

Si M. Chavigny a tendance à faire disparaître l'élément commotionnel en psychiatrie, je crois qu'il va trop loin et, comme M. Dupré vient de le dire, il y a des cas où l'examen organique montre l'adjonction aux troubles psychiques de syndromes organiques : exagération des réflexes, albuminose du liquide céphalo-rachidien, perturbation de la réflectivité labyrinthique, troubles des centres réflexes, et même très souvent modifications dans les nerfs périphériques, irritation très caractérisée du trijumeau, ayant même une correspondance sympathique. Ces signes traduisent bien un ébranlement de tout le système nerveux. Que le baromètre, avec son inertie liquide, n'ait pas le temps de subir un déplacement notable, c'est possible. Il n'en est pas de même dans l'organisme et je n'en veux pour preuve que les nombreuses hémorragies bulbaires, médullaires, pulmonaires, etc., qui ont été observées. Les expériences faites avec des lapins sont bien démonstratives. Je crois que l'existence de troubles commotionnels organiques est indéniable.

Il est certain aussi que les cas les plus fréquents sont les cas mixtes. Je ne suis pas convaincu que l'existence dans les anamnestiques d'une période de coma puisse être utilisée comme élément de diagnostic. L'émotion peut aussi occasionner des pertes complètes de connaissance. Ce n'est pas le coma plus profond du commotionné, mais l'erreur peut être commise.

M. Chavigny. — L'exposé que je viens de faire a surtout pour but de détruire la théorie de la dépression et de la compression admise actuellement dans les traités. Les expériences répétées dont j'apporte ici le résultat, détruisent ce système d'interprétation, car ce n'est qu'une interprétation.

Mon intention n'est pas de nier l'existence de lésions organiques. Les lésions chirurgicales par ce mécanisme sont nombreuses, il suffit de citer les arrachements de membre. Le fait expérimental est certain et démontré par les lésions observées chez l'homme et chez l'animal.

Ce que je cherche actuellement, c'est l'interprétation de ces faits. Il ne faut pas faire intervenir, comme on le fait actuellement, des phénomènes de compression et de dépression. Il est d'autres hypothèses. La plus vraie,

©BIUM

à mon avis, c'est que ces individus ont été des précipités, des précipités horizontaux si l'on veut, mais cela ne constitue pas une différence.

M. PIÉRON. — Il y a bien des cas dans lesquels la précipitation ne peut être invoquée, par exemple dans le cas où la lésion s'est produite à l'occasion du passage de l'obus au-dessus du sujet.

M. CHAVIGNY. — Il serait nécessaire pour justifier cette opinion de procéder à des expériences physiques et mécaniques.

Troubles de l'émotivité provoqués par un bombardement prolongé à obus toxiques,

Par MM. E. DUHOT, médecin aide-major de 1re classe et R. TARGOWLA, médecin aide-major de 2e classe.

L'observation suivante nous a paru mériter d'être rapportée comme contribution à l'étude des états émotionnels frustes que l'on rencontre sur le champ de bataille, et en raison de la rareté des troubles émotifs déterminés par les gaz asphyxiants : aucun cas, à notre connaissance du moins, n'en a été publié jusqu'à présent.

B..., trente ans, sergent infirmier-major, employé en temps normal dans une maison de parfumerie, possède une instruction primaire bonne. Il est d'un caractère raisonneur, discuteur, assez facilement irritable, mais timoré — nerveux, au sens vulgaire du mot. Peu enclin aux actions d'éclat, bien qu'habituellement assez « débrouillard », il perd vite ses qualités d'initiative dans le danger. Il n'en est pas moins très discipliné, bon soldat, exécutant les ordres qui lui sont donnés — avec résignation et une répugnance intime lorsqu'ils comportent quelque danger — mais toujours consciencieusement. Il convient de noter, en outre, qu'il avait été frappé des préoccupations que causait au commandement la défense contre les gaz.

Le sergent B... était peu aguerri ; il n'avait occupé, pendant plus de trois ans, qu'un poste rarement exposé, dans un G. B. D. Depuis son affectation à un groupe d'artillerie de campagne, le secteur où il se trouvait était resté particulièrement calme, lorsque, brusquement, le 1er mars 1918, l'ennemi, préparant une forte attaque, l'inonda d'obus toxiques. Ce

©BIUM

bombardement, qui dura vingt-quatre heures, fut fait surtout par des projectiles de petit et moyen calibres (77 et 105 millimètres en grande majorité) et d'une façon pratiquement ininterrompue, mais avec de brusques et violentes variations d'intensité.

B... fut appelé non seulement à séjourner, mais à circuler à découvert dans la nappe gazeuse ainsi entretenue. A plusieurs reprises, il eut à se rendre à deux batteries très éprouvées, distantes l'une de l'autre de 2 kilomètres environ. Ces marches devaient être faites aussi rapidement que possible, à travers champs ou dans un mauvais boyau repéré, le masque sur le visage, et étaient naturellement très fatigantes. A cette dépense d'énergie venaient s'ajouter l'anxiété continue, les émotions violentes des tirs de surprise brusquement déclanchés, l'angoisse de la traversée des zones réputées dangereuses — en un mot, tout ce qu'un « secteur agité » en pleine effervescence exige de tension nerveuse et détermine de réactions brutales chez un sujet émotif, accomplissant une mission pénible, mais qui lui laisse la pleine et claire appréciation des dangers courus. Enfin, sur cet ensemble, tenace, dominant toutes les autres émotions, plane la hantise de l'intoxication, la crainte lancinante des gaz augmentée encore par le spectacle des malades qu'il doit soigner.

Lorsque, la bataille calmée, B... put prendre un peu de repos vrai, il se montra très fatigué, affaissé, inquiet, préoccupé des effets tardifs de l'ypérite, de son action sur les voies respiratoires. Il toussait fréquemment, s'étudiait et découvrit même de légères brûlures qui contribuèrent à alimenter ses inquiétudes.

La nuit suivante, couché à côté de son chef de service, il le réveille soudain, très agité : « Vous ne sentez pas les gaz? — Non. — Si; cela recommence. J'en suis certain... Je sens la moutarde. » Puis, sans plus discuter, sûr de lui et ne voulant pas perdre un temps précieux, il se lève précipitamment, va mettre en place les panneaux et les rideaux qui ferment l'entrée de l'abri et vérifie minutieusement le matériel de protection. Agacé, et désirant le calmer, le médecin l'invite alors à sortir avec lui; il met son masque et suit. Dehors, le calme était absolu. B... s'étonna vivement et se convainquit à grand'peine. Longtemps encore il resta à demi éveillé, de brusques sursauts le dressant parfois sur son lit, prêtant l'oreille et reniflant l'air, « sentant les gaz ».

Cet épisode hallucinatoire ne se renouvela pas, mais B... demeura déprimé, vite fatigué, craintif, redoutant toute activité et tout danger. Il appréhendait spécialement les bombardements toxiques; quand le temps était favorable, aux heures où

©BIUM

le plus souvent se déclanchaient les tirs, il manifestait une inquiétude vive, allant parfois jusqu'à un léger degré d'agitation anxieuse. Il lui arrivait même de s'affoler lorsque des obus sifflaient; un soir, notamment, quelques projectiles à ypérite tombèrent à environ 500 mètres du poste de secours. Dès qu'il en perçut l'odeur, B... se précipita dans l'abri et, sans attendre, ferma les ouvertures et vida, dans le sas et à l'entrée de la sape, le contenu d'un sac de chlorure de chaux. Le résultat fut, pour les occupants, une intoxication chlorée, heureusement légère, le lendemain.

Cet état s'améliora spontanément, surtout à la suite d'une permission; mais B... resta néanmoins légèrement hyperémotif.

En résumé, le sergent B... a présenté, à la suite d'un bombardement prolongé par obus asphyxiants, un léger épisode délirant suivi d'une période de dépression, de fatigabilité et de surémotivité (les réactions émotionnelles les plus marquées étant dues aux projectiles toxiques). Or, ce sont là les traits caractéristiques du syndrome émotionnel. Certes, il est estompé, affaibli, très fruste; il laisse le sujet à son poste de combat. Mais le fait pathologique existe cependant dont les conséquences militaires ne sont pas négligeables, puisque le malade est atteint dans son courage, que sa valeur combative est diminuée. Et c'est, croyons-nous, le point intéressant, car ces exemples ne sont pas très rares de déchéance du courage chez des sujets qui s'étaient jusqu'alors bien conduits, parfois même brillamment. Ces cas reconnaissent évidemment des causes très diverses, mais on est fondé à penser qu'à l'origine d'un certain nombre d'entre eux existe un état émotionnel fruste, passé inaperçu.

Nous relèverons encore, dans cette observation, deux points d'un intérêt documentaire :

1° Le court accès onirique présenté par B..., au début de ses accidents, est basé sur un trouble de l'odorat. Mais les hallucinations olfactives sont rares, et l'on pourrait songer ici à des illusions, explicables par l'atmosphère confinée qui régnait dans l'abri. Il ne semble pas, toutefois, qu'il en soit ainsi : ce phénomène apparaît, en effet, comparable aux hallucinations auditives de l'émotionné, qui entend siffler des obus dans

©BIUM

son délire, et Gilbert Ballet a montré que ce sont là des représentations mentales d'une intensité anormalement vive.

Le second point à noter est l'absence, dans ce cas, d'émotion-choc proprement dite (fait qui coïncide, par ailleurs, avec l'allure discrète des manifestations morbides). Elle met en relief le rôle — sur lequel a déjà insisté l'un de nous — de l'émotion anxieuse diffuse, mais intense et prolongée, dans la genèse du trouble psychique. Chez les petits émotionnés, tout au moins, le choc émotif peut être diffus.

Brusque retour des souvenirs dans une amnésie rétrograde consécutive à un incident de guerre,

Par M. Molin de Teyssieu,
Médecin du Centre de Psychiatrie de la 18e région.

Si l'amnésie rétrograde consécutive aux émotions ou commotions de guerre est un fait assez banal, la perte totale et durable des souvenirs les plus élémentaires de la période antérieure à l'incident causal n'est pas, semble-t-il, un fait d'observation courante.

Nous avons eu l'occasion d'examiner récemment un jeune homme ayant consécutivement à un éclatement d'obus perdu toutes notions de sa vie passée et ayant oublié jusqu'à son nom.

Il avait recommencé une autre existence au lendemain de son évacuation, et muni de l'identité nouvelle qui lui avait été administrativement conférée il vivait normalement jusqu'au jour où, par suite d'une circonstance fortuite, il fut poursuivi pour usurpation d'état civil.

Son cas nous a paru assez curieux, ainsi que la façon dont il a ultérieurement retrouvé les souvenirs perdus, pour rapporter ici son histoire complète.

Louis D..., classe 1890, célibataire. Il exerce la profession de dessinateur industriel.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ni collatéraux. Il aurait eu une diphtérie grave à l'âge de cinq ans et présenté, à la suite, des accidents convulsifs imputés au sérum par l'entourage, mais de nature très vraisemblablement névro-

©BIUM

pathique. Vers sa dixième année, consécutivement à une amygdalectomie, il présente à plusieurs reprises des manifestations somnambuliques qui se sont continuées jusqu'à l'adolescence. Il a fait de bonnes études secondaires, s'est toujours montré très nerveux et très impressionnable.

Il a accompli deux ans de service au 1er régiment d'infanterie à Cambrai, employé surtout à un travail de bureau. Mobilisé le 2 août 1914, il rejoint le dépôt du 1er régiment d'infanterie successivement stationné à Cambrai, à Bernay et à Tulle. Il est versé au dépôt du 84e d'infanterie le 16 novembre 1914. Il part en renfort au 1er régiment d'infanterie le 5 mars 1915. Il est porté disparu le 11 mars 1915 sur les contrôles de son corps. Il était en réalité hospitalisé à Châlons, à la suite d'une commotion par éclatement d'obus. Dépourvu de pièces matricules, il est inscrit sur les contrôles de cette formation sanitaire sous le nom de Louis D... classe 1906, appartenant au 84e régiment d'infanterie.

C'est cette identité nouvelle, faite de son propre prénom, d'un nom graphiquement voisin du sien et d'une indication de classe phonétiquement semblable à la sienne qu'il gardera désormais.

Il est successivement évacué sur diverses formations sanitaires sous cet état civil. Après un séjour de trois mois environ à l'hôpital de Verdelais il rejoint le dépôt de son corps (84e R. I.).

A son arrivée on lui remet un livret militaire établi sur les renseignements inexacts portés sur ses différents billets d'hôpital. Il fournit comme nom de ses père et mère : Louis-Philippe D..., et Jeanne H..., il dit être né à Lille et donne l'indication de leur adresse d'ailleurs inexacte.

Il repart aux armées le 10 octobre 1915 au 1er régiment d'infanterie. Il est affecté à une compagnie de nouvelle formation contenant surtout des Méridionaux; une fois seulement il est reconnu par un officier qui se rappelait son visage, mais qui ne l'a pas interpellé par son nom.

Evacué en février 1916, après divers séjours hospitaliers, il rejoint, à Saint-Yrieix, le dépôt de son corps. Présenté devant la Commission spéciale de réforme de Limoges, il est réformé temporairement pour bronchite suspecte avec induration des sommets le 6 juillet 1916.

Il vient alors à Bordeaux où résidait une marraine de guerre qui devait devenir plus tard sa fiancée. Il s'emploie successivement aux forges du Sud-Ouest, à l'exploitation des forges de Toulouse, aux entrepôts girondins où il remplit encore actuellement les fonctions d'archiviste pour un salaire mensuel de 175 francs.

©BIUM

Lors de l'expiration du terme de sa réforme, son dossier est soumis au dépôt du 144e régiment d'infanterie. Au cours de la revision des pièces, certains renseignements ayant paru incomplets, il est à nouveau interrogé sur son identité; il fournit ainsi le 10 septembre 1918 des indications analogues à celles qu'il avait données en 1915 en parfaite concordance avec les pièces matricules qui étaient en sa possession.

Le recoupement de ces renseignements demandé auprès des autorités municipales de Lille aussitôt après l'armistice ayant démontré des invraisemblances et des inexactitudes, D... est inculpé d'usurpation d'état civil et une instruction est ouverte contre lui pour ce délit par le conseil de guerre de la 18e région.

Au point de vue physique D... paraît jouir d'une constitution médiocre; grand, il a le teint mat, il est notablement amaigri. Sa musculature est faiblement développée.

La respiration est rude au sommet gauche, il existe quelques craquements secs au sommet droit, symptomatiques de lésions bacillaires torpides.

L'examen des appareils digestif, circulatoire et urinaire ne révèle rien.

Pas de trouble de la motilité volontaire ni réflexe.

Pas de stigmate de névrose comitiale.

Pas de trouble de la sensibilité objective. Il se plaint de céphalées et de vertiges fréquents particulièrement matutinaux, associés à des troubles de la vue.

Il existe un degré notable de myopie bien corrigée par des verres.

Le sommeil est léger, souvent agité de cauchemars à caractères terrifiants et guerriers.

Pas de signe d'intoxication éthylique. Il nous déclare lui-même présenter une très grande susceptibilité à l'alcool.

Il ne fume pas.

Il n'a jamais contracté la syphilis.

Au point de vue mental, D... est d'une intelligence vive, il présente un développement normal de ses facultés intellectuelles; le raisonnement est conservé, le sens critique est parfait. Sa volonté est plus faible, mais reste néanmoins suffisante.

Les sentiments affectifs développés à l'extrême. L'émotivité, de même, est exagérée et cette impressionnabilité constitutionnelle s'est encore accrue depuis l'incident de guerre qui a motivé sa première hospitalisation.

Le pouvoir d'adaptabilité sociale s'est toujours montré suffisant. Les renseignements recueillis sur lui sont parfaits.

La mémoire est la seule faculté qui ait été et qui soit encore troublée.

Au moment où nous voyons D... pour la première fois il a retrouvé sa véritable identité de la façon que nous signalerons plus loin.

Il existe actuellement une lacune amnésique absolue correspondant à la période de trois ou quatre jours consécutive à l'éclatement d'obus qui a précédé son évacuation et dont il se rappelle seulement la gerbe de flamme.

Les souvenirs antérieurs sont vagues et confus, émergeant par îlots et devenant de plus en plus précis à mesure qu'ils se rattachent à des faits plus anciens, pour être parfaits sur ce qui est relatif à son enfance, à sa jeunesse et aux mois qui ont précédé la guerre.

Les quelques trous de cette période se comblent d'ailleurs rapidement par le rappel des événements qui lui est fait quotidiennement dans le milieu familial où il vit depuis quelque temps.

Il en est de même, mais dans l'ordre inverse de la mémoire des faits consécutifs : imprécise pour les jours qui ont suivi sa sortie de l'hôpital de Châlons, elle est d'autant plus exacte qu'elle se rapporte à des choses plus récentes.

Depuis cet incident pathologique la mémoire de fixation se montre à la vérité diminuée parallèlement à la faculté d'évocation, l'aptitude au travail est restreinte, la fatigabilité cérébrale est accusée.

Il n'existe donc actuellement qu'une amnésie lacunaire complète correspondant à une courte période de coma ou plus précisément de confusion mentale onirique et une légère dysmnésie d'évocation et de fixation.

Tout autre cependant était le tableau au moment des faits de l'inculpation.

L'amnésie ne se bornait pas à la période pendant laquelle il n'a pas recueilli d'impressions extérieures, elle débordait largement en avant et surtout en arrière.

D... ne se rappelait alors ni son nom, qu'il croyait être celui indiqué par les pièces matricules qu'il possédait, ni sa famille, ni rien de sa vie antérieure. Quelques faits isolés, très rares, émergeaient dans sa vie, il se souvenait simplement être du Nord et très vaguement de l'école industrielle dans laquelle il avait étudié.

Ultérieurement, il a devant l'insistance des investigations policières eu un doute sur son identité, mais il ne pouvait encore évoquer son véritable nom.

Fiancé sous le nom de D... à une jeune fille qu'il aimait, il a continué à fournir des renseignements erronés, conscient de leur inexactitude, se sentant incapable d'en fournir d'autres et

©BIUM

redoutant pour cela de tragiques complications qu'il s'exagérait.

En décembre 1918, feuilletant les dossiers de clientèle de la maison qui l'emploie, il est frappé par un nom dont la forme et la consonance lui rappelle immédiatement un camarade d'enfance; il renoue aussitôt la chaîne de ses souvenirs et évoque par association le lieu où il l'a connu, son pays natal, sa famille, son identité.

Depuis il est entré en correspondance avec cet ami, il a retrouvé sa famille qui le croyait disparu au début de la guerre et a récupéré assez facilement presque tous ses souvenirs.

L'enquête de police et l'instruction ont démontré que la supercherie pouvait être écartée, que le 2e D... n'avait aucun intérêt à ce que l'existence passée du 1er D... soit inconnue; il a été établi que ce dernier n'avait jamais rien eu à se reprocher et tous les renseignements recueillis sur lui ont été parfaits.

Il n'était donc pas douteux qu'il s'agissait d'une histoire pathologique. Nous avons conclu à l'irresponsabilité absolue complète pour les faits de l'inculpation et une ordonnance de non-lieu a été rendue sur nos conclusions.

L'interprétation de cette observation curieuse nous a un moment retenu. Nous pensons qu'il nous est permis de la ranger dans le cadre des amnésies hystériques.

En effet, notre malade est constitutionnellement un névropathe suggestible, émotif et impressionnable.

Sous l'influence d'un incident très certainement de nature émotionnelle, il a fait une très courte période de confusion mentale onirique.

Il en est sorti avec une amnésie lacunaire complète accompagnée, comme il est de règle, d'amnésie rétrograde et d'amnésie de fixation.

L'intérêt particulier de son cas existe dans la longueur et la profondeur de l'amnésie rétrograde plus difficilement explicable au premier abord.

L'élément pithiatique constitutionnel déjà manifesté dans l'enfance de D... par des accès de somnambulisme intervient ici d'une façon plus évidente encore et permet, croyons-nous, d'expliquer les faits d'une façon satisfaisante.

Interrogé sur son identité au déclin même de l'épisode confusionnel, à peine sorti de l'état second oniri-

©BIUM

que, il a fourni des renseignements imprécis, d'ailleurs en majeure partie exacts.

Mal traduits par un secrétaire inattentif, ses indications ont servi à établir des pièces à caractère authentique qui ont constitué par la suite un élément de suggestion facilement accepté par son cerveau dont la fragilité native venait d'être accrue par un choc émotionnel intense.

La crainte de complications d'ordre administratif mais surtout d'ordre sentimental, associée à une aboulie naturelle, a suffi pour inhiber le travail actif qu'il aurait pu faire pour réévoquer son passé relégué dans le subconscient.

Le retour brusque des souvenirs sous l'influence d'une association d'idées, ce renouement subit de la chaîne des images ne sont pas non plus choses pour nous surprendre dans le cadre des amnésies névropathiques. Le déclanchement en était préparé chez D... d'une façon inconsciente peut-être par la préoccupation de l'instruction judiciaire ouverte contre lui, par le désir et la possibilité qu'il avait de revoir les siens libérés par l'armistice.

DISCUSSION

M. Colin. — L'observation que l'on vient de lire est assurément très intéressante. Mais je crois qu'il ne faut pas se hâter de donner une interprétation de ces cas qui sont extrêmement complexes.

Dans mon service de Villejuif, j'ai beaucoup de cas analognes d'amnésie. Quelquefois la simple visite de la famille a suffi pour amener le réveil des souvenirs. Un de mes malades, prisonnier de guerre rapatrié, a vu ses souvenirs réapparaître brusquement à l'occasion de la visite de compagnons de captivité. Un autre, atteint d'amnésie complète de tous les faits passés, recouvra la mémoire dans des circonstances analognes. On ne pourra classer tous ces faits que dans très longtemps. J'ajoute qu'il s'agissait de cas d'amnésie sans commotion.

©BIUM

Examen anatomo-pathologique d'un cas de syndrome paralytique à trypanosomes. Présentation des pièces,

par MM. H. Colin, Laignel-Lavastine et R. Mourgue.

Comme suite à la présentation faite ici-même l'an dernier (1), nous avons l'honneur de montrer à la Société les pièces les plus intéressantes provenant de ce trypanosomiasique étudié cliniquement par deux d'entre nous.

Peu après sa venue à la Société médico-psychologique le 25 juillet 1918, le malade est entré dans une période de narcolepsie, dont il n'est pas sorti jusqu'à sa mort survenue le 18 septembre.

Le 27 août on constata quelques convulsions dans le membre supérieur gauche.

A sa mort le malade était réduit à une maigreur squelettique. Il pesait 38 kilos.

L'*autopsie* complète, pratiquée par l'un de nous très peu de temps après la mort, n'a rien révélé de notable au point de vue macroscopique, si ce n'est une certaine quantité de liquide citrin dans le péricarde.

Pas de congestion des méninges, pas d'adhérences.

Le cerveau et la moelle ont été mis dans le formol à 5 p. 100, et des fragments des principaux viscères dans le liquide de Bonin.

L'œil droit, atteint de décollement de la rétine, a été confié à M. Rochon-Duvigneaud.

Encéphale. Il pèse en totalité 1.380 grammes, dont 600 pour l'hémisphère droit et 600 pour le gauche.

Sur coupes horizontales macroscopiques des hémisphères on note une série de petits ramollissements dans la substance blanche et la partie profonde de la substance grise de la première circonvolution temporale droite.

(1) H. Colin et R. Mourgue. Un cas de syndrome paralytique à trypanosomes. Présentation de malade. *Soc. méd. psychol.*, 29 juillet 1918.

Au microscope, la première temporale droite montre immédiatement à considérer deux ordres de lésions : les ramollissements et les artérites qui en sont la cause.

Les *ramollissements miliaires* rappellent tout à fait ceux que l'on voit dans certaines variétés de syphilis cérébrales avec micro-poly-artérite, et on le comprend, car le mécanisme est le même.

Ces ramollissements se caractérisent, d'une part, par la raréfaction du tissu noble : dégénérescence, fragmentation et disparition des tubes nerveux, raréfaction par destruction progressive (chromatolyse et neuronophagie) des cellules nerveuses ; et, d'autre part, par la prolifération et l'hypertrophie des éléments névrogliques. Il y a une très grande richesse de cellules araignées volumineuses typiques, d'où irradient de nombreuses fibrilles névrogliques. Des corps granuleux sont disséminés au milieu des ramollissements et sont d'autant plus nombreux que ceux-ci sont plus récents. Le Van Gieson colore en rouge des fibres collagènes qui, irradiées des vaisseaux enflammés, contribuent par endroits à la trame des régions ramollies.

Les *artérites*, causes de ces ramollissements, sont extraordinairement marquées. Elles prédominent sur les arborisations terminales des artères cérébrales, ce qui explique la petitesse et la multitude des ramollissements. Les lésions des *veines* sont de même ordre que celles des artères. Aussi allons-nous les confondre dans notre description.

A un faible grossissement, une préparation de T^1 droite, traitée par la méthode de Nissl, montre un aspect absolument caractéristique. Abstraction faite des ramollissements ou en examinant une région de la circonvolution où ceux-ci sont rares ou manquent, on est immédiatement frappé par les transformations de tous les vaisseaux en énormes amas de cellules bleu foncé, dont l'intensité de coloration contraste avec la pâleur du parenchyme nerveux. Ces amas résultent d'une infiltration d'abord péri-vasculaire. Cette infiltration, à peu près régulière, se renfle néanmoins aux bifurcartions vasculaires. Sur coupe transversale du vaisseau, elle se caractérise par un manchon cellulaire, dont l'épaisseur dépasse souvent de beaucoup le diamètre de la lumière

©BIUM

vasculaire ainsi encerclée. Ces manchons sont encore plus nombreux et plus volumineux dans la substance blanche que dans la substance grise. Dans celle-ci l'aire qu'ils couvrent est toujours inférieure à celle du tissu nerveux, tandis que dans la substance blanche, l'aire de la vascularite l'emporte souvent sur l'aire du tissu nerveux qu'elle infiltre. Cette infiltration domine dans les gaines de His.

L'analyse, à l'immersion, des élémentscellulaires de cette infiltration vasculaire permet de lesramener à trois types :

1° Des *lymphocytes* de coloration bleu verdâtre ;

2° Des *cellules plasmatiques*, très nombreuses, dont les unes, à gros noyau à gros grains chromatiques surtout périphériques, ont un protoplasma violet, relativement pas très abondant, et dont les autres, beaucoup plus grosses, à protoplasma violet plus clair, ont aussi un gros noyau, mais à grains moins volumineux ;

3° Des cellules à mêmes noyaux que les lymphocytes mais à protoplasma plus considérable et contenant des granulations violettes. Il s'agit de petits mononucléaires à type de *Mastzellen*.

Si nous comparons ces éléments à ceux qui infiltrent un vaisseau cortical dans une paralysie générale syphilitique, nous trouvons une grande ressemblance : mêmes lymphocytes, mêmes cellules plasmatiques, mais les cellules plasmatiques y sont en général moins nombreuses qu'ici. De plus il y existe des cellules à bâtonnets que nous n'avons pas rencontrées dans notre cas.

Enfin ici, comme souvent dans la paralysie générale, se trouvent autour des vaisseaux infiltrés des grains de pigment ferrique.

Les *méninges molles* présentent la même infiltration cellulaire que les vaisseaux. Comme dans la P. G. cette infiltration prédomine dans les sillons, se renfle en nodules au fond de ceux-ci, forme des manchons autour des vaisseaux méningés, s'étale en éléments plus clair-semés là où la pie-mère est accolée à l'arachnoïde sur l'apex de la circonvolution.

Dans la première circonvolution temporale gauche, les lésions méningo-vasculaires sont les mêmes, mais moins marquées ; il n'y a pas encore de ramollissements.

Lobule paracentral droit. Par la méthode de Giemsa-Romanowsky ont été recherchés les tréponèmes et nous avons vu des figures, qui répondent à leur description, avec flagelles et membrane ondulante dans les manchons d'infiltration vasculaire, le plus souvent près de la lumière du vaisseau. Les méninges sont infiltrées de lymphocytes et de cellules plasmatiques. Les lésions vasculaires sont de même ordre que dans les régions temporales, mais moins marquées. Elles prédominent nettement dans la substance blanche.

Les pyramidales géantes sont peu neuronophagées; leur forme est relativement conservée de même que la situation de leur noyau et la plupart de leurs grains chromatiques, mais leur protoplasma a une coloration diffuse.

Les lésions des pyramidales grandes et petites sont plus légères.

Lobule paracentral gauche. Même aspect général des méninges et du tissu nerveux. Les *pyramidales géantes* ont leurs cellules satellites nettement augmentées de nombre; les figures de neuronophagie sont un peu plus nombreuses et plus marquées que dans le lobe droit; même chromatolyse légère; même intégrité nucléaire. Les grandes et les petites pyramidales sont moins atteintes.

La *méthode de Bielchowsky* montre dans ces dernières cellules la conservation de la majorité des neurofibrilles intracellulaires, en particulier celles du grand dendrite axial opposé à l'axone, mais dans la région périnucléaire il existe un certain degré de diffusion caractérisé par un aspect nuageux bleuâtre sur fond rose.

La *méthode de Cajal* permet également l'analyse des lésions neuro-fibrillaires. Certaines pyramidales géantes ont une imprégnation argentique diffuse avec fibrilles reconnaissables à leur périphérie. La plupart ont des lésions neuro-fibrillaires réduites à des diffusions, des transformations granuleuses et des fragmentations partielles.

Les *grandes pyramidales* ont en général leurs fibrilles bien distinctes, avec par places des fragmentations.

Les *petites pyramidales* sont dans leur ensemble normales. Certaines présentent cependant un aspect granu-

©BIUM

leux de leurs fibrilles dans la région comprise entre le noyau et la naissance de l'axone.

Frontale et pariétale ascendantes droites. La méthode de Weigert montre l'absence presque complète de plexus d'Exner et la diminution considérable des fibres tangentielles.

Bulbe. Méningite lymphocytique légère ; vascularite très atténuée. Noyaux des nerfs normaux dans leur ensemble.

Cervelet. Méningite légère ; peu de vascularite.

Cellules de Purkinje, petites, ratatinées, très chromophiles.

Moelle. Dans les régions cervicale, dorsale et lombaire, méningite lymphocytique légère, pas de vascularite appréciable ; cellules radiculaires antérieures normales au Nissl.

Liquide céphalo-rachidien. Il montre une réaction mononucléaire énorme à prédominance lymphocytaire. Les gros mononucléaires sont un peu moins nombreux que les lymphocytes. Il n'y a pas de polynucléaires. Nous n'avons pas vu de trypanosomes.

L'analyse attentive des mononucléaires par l'hématéine-éosine, la thionine, le Giemsa, montre parmi eux des éléments conformes à la description de Mott de ses *cellules mûriformes* et qui paraissent bien être des cellules plasmatiques en dégénérescence érythrophile.

Foie. Cirrhose insulaire, en jeu de patience, porto-biliaire. Dans les champs de sclérose adulte quelques néo-canalicules biliaires.

Reins. Normaux dans leur ensemble ; un peu congestionnés ; épaississement léger de leur capsule fibreuse.

Pancréas. Normal.

Surrénales. Normales dans leur ensemble ; l'une d'elles présente dans une extrémité, à la limite de la corticale et de la médullaire, un nodule lymphocytique, dont un prolongement s'insinue entre deux groupes cellulaires de la réticulée à côté de gros blocs de pigment. Parmi ces lymphocytes nous avons relevé quelques rares cellules plasmatiques et par la méthode de Giemsa une figure rappelant un trypanosome.

Hypophyse. Extrêmement congestionnée, elle est relativement peu riche en cellules chromophiles. Parmi

©BIUM

celles-ci prédominent les éosinophiles. On voit par places de grosses gouttes de colloïde. Le lobe nerveux paraît normal.

Thyroïde. Très riche en colloïde, elle a ses vésicules distendues au maximum avec un épithélium aplati dont quelques éléments sont tombés dans la vésicule. Les vésicules, accolées entièrement les unes aux autres, ne laissent que rarement entre elles la place pour quelques éléments cellulaires.

Aorte. Ne présente pas du tout de lésions analogues à celles qu'on voit si souvent chez les paralytiques généraux. On remarque seulement un peu de péri-aortite.

Pointe du cœur. Ne montre ni sclérose, ni dégénérescence des fibres musculaires, ni infiltration inflammatoire.

Liquide péricardique. On y voit des cellules larges à gros noyaux souvent ovales et à chromatine relativement peu abondante qui sont des cellules endothéliales desquamées.

* * *

En résumé, pas de lésions viscérales marquées autres que celles du névraxe ; prédominance des lésions sur l'encéphale ; ces dernières sont essentiellement cérébro-méningées.

Il s'agit avant tout d'une infiltration de la pie-mère et des gaines vasculaires de His par des lymphocytes et des cellules plasmatiques : d'où vascularite énorme qui prédomine dans la substance blanche des circonvolutions.

La comparaison de ce cas avec l'observation courante des paralysies générales et l'examen de deux autres échantillons de maladie du sommeil montre :

1° Que la méningo-encéphalite à trypanosomes est comme la méningo-encéphalite à tréponèmes pâles caractérisée par une infiltration méningo-vasculaire à prédominance de lymphocytes et de cellules plasmatiques, mais qu'elle en diffère surtout par la prédominance des lésions vasculaires dans la substance blanche et un degré d'infiltration lymphocyto-plasmatique qu'on ne voit jamais dans la paralysie générale ;

©BIUM

2° Que ces lésions vasculaires, si formidables dans notre cas, et qui sont infiniment supérieures à celles des deux échantillons de maladie du sommeil étudiés par comparaison, permettent de penser que c'est la thérapeutique suivie, qui, en prolongeant la survie, a permis au processus morbide d'atteindre dans le cerveau un tel degré d'épanouissement.

Les spéluncophiles,

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, médecin de l'hôpital Laënnec.

Les réactions des mystiques en général, et des mystiques chrétiens en particulier, ont été, surtout depuis Calmeil, étudiées par un nombre toujours croissant de psychologues et de médecins, et cependant il est une de ces réactions qui ne me paraît pas avoir souvent attiré l'attention. Je veux parler du séjour fréquent et prolongé des ermites dans des grottes ou des cavernes.

Je propose d'appeler *spéluncophilie* (de Σπῆλυγξ, ὄγγος, caverne) cet amour pour les grottes ou les cavernes manifesté par beaucoup de mystiques, au premier rang desquels je citerai saint François d'Assise.

On montre, aujourd'hui encore, sur l'Alverne, écrit Joergensen (1), les différents endroits où François a séjourné : le grand rocher saillant, *sasso masso* ou *spico*, sous lequel il avait coutume de prier; la caverne sombre et humide où il couchait, sur une pierre; et la grotte du frère Léon, très haut sur le flanc de la montagne.

Dans toutes les régions où François a transporté ses pas, invariablement on rencontre ces grottes et ces cavernes, ces *eremi* et ces *ritiri* où, de temps à autre, il aimait à se retirer. Carceri près d'Assise, Saint-Urbain près de Narni, Fonte-Colombo près de Rieti, Mont-Casal près de Borgo-San-Sepolcro, Celle près de Cortone, les Côtes près de Nottiano, Sarteano près de

(1) J. Joergensen. *Saint François d'Assise*, trad. T. de Wyzewa, 1912, p. 438 et 105.

Chiusi, la grotte à 500 mètres au-dessus de la ville de Poggio Bustone, l'Alverne enfin dans la vallée du Casentin, tous ces lieux nous prouvent assez que l'esprit qui inspirait saint François était le même que celui des ermites de la Thébaïde et des grands fondateurs d'ordres monastiques comme saint Benoît et saint Ignace.

On visite encore en France, près de Brive, dans la Corrèze, les grottes de Lamouroux, toutes creusées de main d'homme, qui perpétuent le souvenir de la tradition franciscaine apportée dans le pays par saint Antoine de Padoue qui fonda, en 1226, un couvent dans le voisinage.

François, à Poggio Bustone ou à Fonte-Colombo, remarque Joergensen, c'est l'équivalent absolu de Benoît de Murcie au Sacro-Speco près de Subiaco, et d'Ignace de Loyola dans la grotte de Manrèse.

J'ai glané quelques autres exemples de spéluncophilie dans la *Légende dorée* (1), tout en faisant des réserves sur leur valeur documentaire :

— Saint Paul ermite, qui, pour échapper aux persécutions de Décius, se retira dans un immense désert et là, au fond d'une caverne, demeura pendant soixante ans inconnu aux hommes.

— Saint Antoine de la Thébaïde, qui a donné la théorie de l'ermitage comme procédé de perfection : « De même, dit-il, que les poissons meurent si on les met à sec, de même les moines, qui s'attardent hors de leur cellule et fréquentent les séculiers, se relâchent de leur bon propos ». Et : « Celui qui vit dans la solitude, dit-il encore, est délivré de trois guerres, à savoir, contre l'ouïe, la vue et la parole, et n'a à lutter que contre son cœur. » Mais son exemple a montré aux générations que ce n'était pas une mince affaire.

— Saint Blaise, évêque et martyr, que les persécutions de Dioclétien forcèrent à quitter son évêché et qui se réfugia dans une caverne, où il mena la vie d'ermite.

— Sainte Marie-Madeleine, qui, « désireuse de contempler les choses célestes, se retira dans une grotte de

(1) Jacques de Voragine. *Légende dorée*, trad. T. de Wyzewa, 1902.

©BIUM

la montagne, et, pendant trente ans, elle y resta à l'insu de tous. »

— Saint Gilles, abbé, qui, « craignant de nouveau les dangers de la louange humaine, quitta son compagnon et s'enfonça encore dans le désert, où il eut le bonheur de trouver une grotte auprès d'une source ».

— Saint Jérôme, qui alla au désert, et a raconté, dans ses lettres à Eustache, tout ce qu'il souffrait pour l'amour du Christ.

— Sainte Pélagie, pécheresse, qui, à Jérusalem « prenant l'habit d'un ermite, s'installa dans une cellule sur le mont des Oliviers... et devint célèbre sous le nom de frère Pélage ».

— Sainte Marguerite, vierge, qui, « étant devenue moine sous le nom de frère Pélage, puis supérieur de nonnes et accusée de séduction, fut chassée ignominieusement du monastère et enfermée dans une grotte où on lui apportait de temps à autre un pain d'orge et une cruche d'eau ».

— Sainte Thaïs, courtisane, que « Paphnuce enferma dans une étroite cellule, en mura la porte et ne laissa qu'une petite fenêtre par où l'on devait tous les jours lui apporter un peu de pain et d'eau », etc., etc.

J'ai rapporté ces deux derniers cas, quoiqu'il ne s'agisse pas de cavernes, pour montrer que la réclusion cellulaire était parfois ordonnée comme punition.

Mais la cellule n'est pas seulement un instrument de pénitence, elle est encore et surtout, pour les mystiques, un moyen de perfectionnement religieux. C'est l'avis de l'auteur de l'*Imitation*. C'est aussi l'opinion du solitaire Moïse qui, d'après Jacques de Voragine, dit à un de ses frères qui lui demandait de l'instruire : « Enferme-toi dans ta cellule et elle t'enseignera tout. »

Etant donné le penchant mystique de l'âme slave, les spéluncophiles ont dû fleurir en Russie et, de fait, j'en ai trouvé un merveilleux exemple au monastère de Lavra, célèbre dans toute la Russie pour ses pélerinages. Dans de *Petites histoires de la Révolution russe*, publiées dans *Paris médical* le 14 décembre 1918, F. Belloir parle de moines ascètes qui ont passé leur vie dans d'étroites cellules creusées dans un souterrain de ce monastère.

©BIUM

Ainsi l'usage de la grotte apparaît chez les mystiques chrétiens comme une simple variété de l'usage de la cellule qui caractérise la vie érémitique et monastique, qu'il s'agisse d'ermites (d'ἔρημος désert), solitaires retirés dans un lieu désert où ils se livrent à leur piété, ou qu'il s'agisse de moines (de μόνος, seul), engagés par des vœux à suivre certaines règles religieuses, soit en commun comme les cénobites (κοινός commun, βίος vie), soit séparés comme les anachorètes (ἀνὰ, marquant l'éloignement, χωρεῖν aller).

Je ne veux pas ici étudier la psychologie des spéluncophiles. D'ailleurs la spéluncophilie paraît avoir été l'aboutissement de mécanismes variés, dans lesquels prédominent tantôt l'ascétisme avec ses idées de pénitence, de mortification et de simplification de vie, tantôt la crainte du monde et le désir d'isolement, tantôt la recherche des meilleures conditions de la contemplation, tantôt l'amour de la nature en ses forces élémentaires, la dureté de la roche et l'infini du ciel, etc.

En résumé, dans l'étude de la psychologie si souvent morbide des mystiques, la spéluncophilie, par sa fréquence et l'importance qu'elle a eue dans l'orientation de certaines vies, m'a paru mériter de retenir un instant l'attention de la Société médico-psychologique. Il ne s'agit, bien entendu, ni d'une affection, ni d'un syndrome, ni même toujours d'un symptôme, mais d'une simple réaction pittoresque à des causes éminemment variées, avec toutes les transitions du normal au pathologique.

La séance est levée à 6 heures.

Les secrétaires des séances,

G. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

De l'inconscient au conscient, par le Dr Gustave Geley, 1 vol. in-8° de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris, Alcan, 1919.

« Dans l'ensemble des phénomènes de la vie, de la conscience, de l'évolution de l'Être, on ne comprend rien ou bien l'on comprend tout. On ne comprend rien, si l'on veut ramener tout l'Être à l'un de ses principes, surtout au plus grossier, l'organisme matériel ; on comprend tout lorsqu'on envisage le moi divin et permanent dans ses objectivations passagères et diverses. » Ce passage du livre que nous analysons indique tout de suite au lecteur dans quel domaine l'auteur entend l'introduire : c'est celui de la métaphysique.

Il cherche d'abord à établir qu'en philosophie, la méthode de la science positive, qui remonte du simple au complexe, aboutit à des erreurs de généralisation « formidables », tandis que la méthode contraire, ou descendante, est seule capable de conduire à la vérité ; la compréhension des faits élevés comportant, *a fortiori*, celle de tous les autres. L'évolutionnisme ne peut pas se passer de la philosophie. Les facteurs invoqués par les naturalistes sont impuissants à faire comprendre l'origine des espèces et des instincts, la transformation brusque des premières et la cristallisation immédiate de leurs attributs essentiels. Il en est de même de la conception psycho-physiologique de l'individu qui repose sur les deux grandes notions de l'unité morphologique et chimique des êtres vivants et de la négation de l'unité du moi ; le mystère ne s'éclaircit que si l'on admet qu'il existe une *dominante, directrice d'un dynamisme supérieur*.

C'est dans la physiologie supra-normale que la nécessité de ce dynamisme supérieur s'impose avec le plus d'évidence, c'est-à-dire dans les phénomènes dits de *matérialisation*, de *dématérialisation*, de *télékinésie*, etc. Ces phénomènes, que l'auteur admet comme démontrés, s'expliquent, selon lui, par l'action extra-organique du dynamisme vital. Ce dynamisme condi-

©BIUM

tionne l'organisme au lieu d'être conditionné par lui ; il peut donc se séparer de lui et même le désorganiser partiellement pour le réorganiser dans des formes, des représentations différentes et distinctes. La physiologie supra-normale est elle-même conditionnée par la psychologie supra-normale, qui comprend la lecture des pensées, la suggestion mentale, la télépathie, la lucidité et ses infinies variétés, les phénomènes spiritoïdes ; en un mot, toutes les manifestations du *subconscient*.

Le subconscient est, en bloc, incompréhensible à la philosophie classique. Au lieu d'être, comme certaines théories le prétendent, un résidu d'anciens états conscients, il est l'essence même de la psychologie individuelle. A côté du subconscient, la conscience n'apparaît plus que comme un psychisme restreint, limité et tronqué. Ce subconscient est indépendant des contingences cérébrales et de l'organisation anatomique du cerveau ; il n'y a pas de corrélation entre l'anatomo-physiologie et les manifestations métapsychiques, et tout se passe comme si l'organisme et le fonctionnement cérébral étaient conditionnés par lui.

Après avoir montré l'insuffisance ou l'erreur des principales doctrines philosophiques modernes : Monisme, Bergsonisme, Schopenhauerisme, etc., l'auteur passe à son propre système qui se formule ainsi : L'évolution collective comme l'évolution individuelle consiste dans *le passage de l'inconscient au conscient*. Dans l'individu, l'être apparent, soumis à la naissance et à la mort, limité dans ses capacités, éphémère dans sa durée, n'est pas l'être réel ; il n'en est que la représentation illusoire. L'être réel, apprenant peu à peu à se connaître lui-même et à connaître l'univers, c'est l'étincelle divine en voie de réaliser sa divinité. Dans l'univers manifesté, les différentes apparences des choses ne sont elles-mêmes que la représentation illusoire, atténuée et restreinte, de l'unité divine se réalisant dans une évolution indéfinie. La constitution des mondes et des individus n'est ainsi que la réalisation progressive de la conscience éternelle.

Et la conclusion de cette métaphysique évolutionniste est que le pessimisme doit être écarté, car l'humanité et la vie n'ont encore réalisé qu'une faible part de leurs possibilités de bonheur. La matière sera vaincue. L'homme réalisera un organisme soustrait à la maladie et à la vieillesse, un psychisme plus conscient, plus dégagé des sentiments bas et méchants. On peut entrevoir une ère de bonheur dont les ombres légères de douleur résiduelle ne feront que mieux ressortir l'harmonieuse beauté, jusqu'à la réalisation de la souveraine conscience, et, par elle, de

©BIUM

la souveraine intelligence, de la souveraine justice et du souverain bien !

A. CULLERRE.

Occupational and industrial therapy. How can this important branch of treatment of our mentally ill be extended and improved (Les occupations et le travail industriel comme moyen thérapeutique. Comment étendre et améliorer cette branche importante du traitement des malades mentaux); par le Dr Vernon Briggs; broch. in-8° extrait de *The American journal of insanity*. January, 1918.

Le nom du Dr Vernon Briggs n'est point inconnu dans les *Annales médico-psychologiques*. Nous avons déjà eu occasion d'y présenter, en octobre 1916, un fort intéressant mémoire qu'il avait écrit sur l'assistance des malades mentaux dans l'Etat de Massachusetts (Amérique du Nord) et sur les mesures législatives prises par cet Etat pour régulariser et faciliter les placements de ces malades dans les asiles.

Il n'est pas hors de propos de constater ici que le Dr Vernon Briggs a été de ces nombreux aliénistes américains qui se sont spontanément offerts pour venir donner leurs soins aux soldats des Etats-Unis pendant la guerre de France, et qu'il y a très honorablement payé de sa personne.

Le mémoire que nous examinons traite des questions qui sont à l'ordre du jour aux Etats-Unis d'Amérique. Elles ont été, en 1915, le programme des rapports et discussions au soixante et onzième Congrès de l'Association médico-psychologique, rapports et discussions dont nous avons, dans les *Annales* de janvier 1917, présenté un examen aussi complet que possible.

Le Dr Vernon Briggs demande, lui aussi, que les occupations de toute sorte soient organisées et généralisées dans les asiles, non point seulement comme un élément d'économie, mais spécialement comme un moyen thérapeutique. Tout en constatant que, sous le rapport économique, un très grand nombre d'internés peuvent être plus ou moins utilisés, il reconnaît qu'un petit nombre seulement peut retirer, du travail et des occupations, un profit de traitement proprement dit.

Il voudrait que l'on créât, précisément comme moyen thérapeutique, des écoles, plus ou moins fortement organisées, où l'on donnerait aux malades une instruction véritable.

©BIUM

Il rappelle à ce sujet ce qui, dès 1847, avait été proposé et fait par le Dr Brigham, médecin-directeur de l'asile d'Utica, qui dans le second fascicule de *The American Journal of insanity*, exposait comment il comprenait son école. Elle avait plusieurs divisions pour les hommes dont une était dirigée par un aliéné, et les deux autres par des maîtres spécialement payés pour ce service ; pour les femmes, il n'y en avait qu'une, également pourvue d'une maîtresse professionnelle. C'étaient en somme de bonnes écoles primaires. On y apprenait à lire, à écrire, à compter. On y donnait des notions élémentaires de géographie et d'histoire ; on y exerçait la mémoire autant que possible.

D'autres essais de même genre que celui du Dr Brigham ont été faits ailleurs, et j'ai entre autres rappelé, dans mon ouvrage sur *la Raison dans la Folie*, celui dont le Dr John Fox avait rendu compte en 1882, dans le *Journal of mental Science*, et qui avait été fait dans l'asile de Richmond, en Angleterre.

Le Dr Vernon Briggs voudrait voir recommencer sur de nouvelles bases la création d'écoles de ce genre, avec des maîtres spécialement adaptés à leur tâche, et s'inspirant des progrès les plus modernes ; c'est là le principal des moyens nouveaux de traitement moral qu'il recommande et il espère que les intéressés en retireraient un grand bénéfice.

Victor Parant, père.

Lettres à l'Académie des Sciences sur l'unification des forces et des phénomènes de la nature ; par Alfred Lartigue, 1 vol. in-12, Paris, O. Doin et fils, 1918.

Il me serait difficile dans cette revue d'employer complètement le langage dont se sert en grande partie M. Alfred Lartigue, qui est ingénieur, car ce langage emprunte trop souvent pour nous, médecins, le secours des expressions mathématiques. Cependant on peut arriver, je crois, à faire comprendre le point de départ mécanique de cette théorie qui arrive à embrasser tout : le monde, l'âme et Dieu.

Le géomètre Poinsot a démontré « qu'un ensemble de forces tout à fait quelconques, agissant sur un sytème matériel *indéformable*, se réduit à une *force de translation* dont la ligne d'action est l'axe central du système, et à un *couple de giration* qui tend à faire tourner le système autour de l'axe central ». Si on suppose que ce système matériel soit non plus indéfor-

©BIUM

mable mais *élastique*, ce qui arrive dans la réalité, il y aura une *modification* dans les deux premiers mouvements avec en plus une déformation par *torsion* du système. L'*énergie cinétique* (mécanique) ainsi mise en jeu dans le système matériel élastique, animé d'un mouvement périodique complexe, est donc exprimée par une équation dans le second membre de laquelle entrent trois termes, le premier exprimant l'énergie totale de translation et les deux autres, liés ensemble, l'énergie totale de rotation et celle de torsion élastique. Dans cette formule algébrique on ne tient pas compte des *frottements* extérieurs. Cette équation s'applique à un système matériel, je le répète. Or, M. Alfred Lartigue remarque que l'on peut écrire exactement sous la même forme l'équation donnant l'énergie totale mise en jeu dans le cas d'un courant périodique électrique parcourant un circuit complexe.

Donc ici, c'est électrique, et non ce qu'on appelle mécanique, et pourtant les formules sont les mêmes. Mais alors c'est qu'au fond il y a ici circulation réelle de quelque chose de tout à fait comparable à la matière, une matière plus subtile : c'est un filet (1) variable d'éther ayant une vitesse de translation et une vitesse de rotation-torsion. L'éther a une masse réelle, des mouvements réels comme la matière et trois états : solide, liquide, gazeux. Telle est l'idée fondamentale de M. Alfred Lartigue.

Dans la nature, y compris l'homme, tout est explicable par ces deux agents, la matière et l'éther, tous deux animés de trois sortes d'énergie, celle de translation (ou pulsation), celle de rotation (ou oscillation) et celle de torsion (ou expansion).

Je passe sur les longues explications que l'auteur donne de la physique et de la chimie éclairées par ce principe général. Voici seulement un exemple : « Que sera une *flamme*? le lieu géométrique des points où les molécules éthéro-gazeuses dégagées par une combustion, animées à la fois d'énergie de pulsation, d'énergie de rotation et d'énergie de torsion élastique, conservent entre ces trois formes d'énergie la proportion bien connue d'où doit résulter, entre leurs extrémités hélicoïdales ouvertes, le jaillissement d'une décharge électrique oscillatoire, d'amplitude décroissante, suivant la loi logarithmique également bien connue. »

Chez les plantes et les animaux, M. Alfred Lartigue re-

(1) Ce mot veut dire un jet.

©BIUM

trouve dans l'étude morphologique des tissus des aspects qui décèlent les mêmes trois énergies des deux matières circulantes, la matière et l'éther. La vie est donc la même chose que le mouvement de la nature inorganique et réciproquement. Si bien que la terre vit « animée par la double circulation convective de son tourbillon planétaire d'éther sidéral ».

L'auteur nous donne un aperçu du mécanisme intime de la vie animale. Ainsi, l'hérédité, c'est l'obéissance du tourbillon vital d'une cellule germinative à une équation tricinétique parfaitement déterminée. Le bulbe pileux, lui-même, est très facilement explicable : « Nous voyons distinctement dans le bulbe pileux l'obscure combustion d'une petite bougie d'éther. » (p. 393.)

Ainsi donc, l'éther existe bel et bien ; ce n'est pas un simple symbole. Comme notre auteur est loin des auteurs les plus célèbres ! Pour n'en citer qu'un, mort, Henri Poincaré était très sceptique sur l'existence de cet éther (et il le serait peut-être encore même devant les généralisations de M. Alfred Lartigue), lui qui disait : « Il me répugne de penser que l'éther soit si arrivé que cela (1). »

Quant aux « forces psychiques » (2), l'auteur n'a pas osé trop s'y aventurer : « Différencier, dit-il, les pulsations de la volonté d'avec les rotations de la mémoire et d'avec les expansions de l'intelligence, quelle témérité ! Mais aussi quelles perspectives ! » Et pourtant, sans hésitation, il va bien plus loin : « Toutes mes recherches, toutes mes lectures, études ou déductions conduisent à ce résultat : un éther créateur, infini, éternel, tout-puissant, partout présent et parfait, etc..... » J'abrège, car c'est l'essentiel du passage. Mais on ne s'étonnera pas trop de voir M. Alfred Lartigue aller bien plus loin encore,... tout en retournant en arrière. Entre la foi religieuse de son enfance et la nouvelle, car c'est la foi à l'Ether, par un grand E, il finit par trouver qu'il n'y a pas de différence. Dieu, c'est l'éther, et l'éther c'est Dieu : « Nous pouvons même affirmer qu'à la différence près du sens symbolique de leurs paramètres, *l'équation de l'éther sidéral* est identique à l'équation du Dieu des chrétiens. Croire en l'un et le révérer comme l'auteur de toutes choses, c'est révérer l'autre et croire en lui. »

Que dans cette équation fondamentale il puisse y avoir

(1) Cité p. 415 par M. Lartigue.
(2) P. 417.

©BIUM

quelque chose de réellement utile au point de vue physique, c'est possible, mais c'est aux physiciens à le dire. De même pour le côté biologique, c'est aux biologistes de décider.

La psychologie n'a pas reçu dans ce livre de grandes lumières et les quelques lignes que j'ai citées plus haut à son sujet ne permettent guère d'asseoir un jugement sur la portée de ces conceptions nouvelles. Il manque la sociologie pour que l'application à toutes les sciences fondamentales soit complète.

Au fond, c'est une religion que fonde M. Lartigue, ou plutôt c'est une nouvelle forme d'une vieille religion et d'un vieux système métaphysique, le panthéisme. C'est à ce titre que je signale cet ouvrage dans cette Revue, car ce n'est pas ce qu'il peut apporter comme résultat qui intéressera nos lecteurs psychologues, mais bien plutôt la tournure d'esprit qu'il révèle : un mysticisme physique aboutissant à cette formule : l'éther, c'est Dieu!

PH. CHASLIN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Proceedings of the American Medico-Psychological Association at the seventy-third annual meeting held at New-York, N. Y., may 29 to june 1. 1917. 1 vol. in-8° de 620 pages, cartonné à l'anglaise. Baltimore, 1917.

A. POROT et A. HESNARD. L'expertise mentale militaire. 137 pages in-8°, Paris, Masson et C^ie^, 1918.

G.-M. DEBOVE. V. Magnan. Eloge prononcé à l'Académie de médecine dans la séance annuelle du 10 décembre 1918, 12 pages in-8°, Paris, imprimerie L. Maretheux, 1918.

GEORGES DEHERME. Penser pour agir. 1 vol. in-18 de 318 pages, Paris, Bernard Grasset, 1919.

CESARE AGOSTINI. Contributo clinico alla neuropsichiatria di guerra. (Il servizio neuropsichiatrico nella zona Carnica). 37 pages in-8° Ferugia, 1917.

G. ROUSSY, J. BOISSEAU et M. d'ŒLSNITZ. Traitement des psychonévroses de guerre. 1 vol. in-8° de 191 pages de la *Collection Horizon*, avec 12 pl. hors texte. Paris, Masson et C^ie^, 1919.

LAIGNEL-LAVASTINE et PAUL COURBON. Les accidentés de la guerre. Leur esprit, leurs réactions, leur traitement. 1 vol.

©BIUM

in-16 (96 pages) des *Actualités médicales*. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1919.

A. Lacassagne. L'homme vers la fin de sa vie. 60 pages in-4°. Lyon, imprimerie A. Rey, 1919.

A. Pitres et L. Marchand. Quelques observations de syndromes commotionnels simulant des affections organiques du système nerveux central (méningite, paralysie générale, lésions cérébelleuses, sclérose en plaques, tabes). 14 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, novembre-décembre 1916.

— Note relative à l'étude des injections intranerveuses d'alcool dans le traitement des causalgies, 76 pages in-8°. Extrait de la *Presse Médicale*, n° du 6 septembre 1917.

— Les séquelles subjectives du syndrome commotionnel chez les blessés cranio-cérébraux. 20 pages in-8°. Extrait de la *Presse Médicale*, n° du 16 mai 1918.

Jourdran et L. Marchand. De la rage chez l'homme. 14 pages in-8°. Extrait de la *Presse Médicale*, n° du 28 juin 1917.

L. Testut et L. Marchand. Contribution à l'étude anatomo-clinique du plexus brachial. Syndrome déterminé par la lésion du tronc nerveux résultant de la coalescence du huitième nerf cervical et du premier nerf dorsal. 7 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, oct.-nov.-déc. 1917.

— Paralysie totale du trijumeau consécutive à une méningite cérébro-spinale. 11 pages in-8°. Extrait de la *Presse Médicale*, n° du 27 janvier 1919.

— Etude anatomo-clinique sur la paralysie des nerfs dentaires. 27 pages in-8°. Extrait de la *Revue pratique de chirurgie et prothèse spéciale*, Paris, s. d.

A. Pitres et L. Marchand. Des polynévrites diabétiques. *Progrès médical*, 8 septembre 1919.

Report of the Connecticut Hospital for the insane, for the two years ended september 30, 1918. 11 pages in-8°, Hartford, 1918.

Andrea Cristiani. Gli impulsi suicidi nei militari psicopatici. 3 pages in-8°. Extrait de la *Rivista ital. di Neuropatologia, Psichiatria ed Elettroteropia*, 1919.

R. Benon. Amnésie et simulation. 8 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, oct.-nov.-déc. 1917.

— La réforme des aliénés militaires. Procédure. *Paris médical*, février 1918.

— Les maladies mentales et nerveuses et la loi sur les pensions militaires. 7 pages in-8°. Extrait de la *Presse Médicale*, 18 avril 1918.

©BIUM

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

Assemblée générale du 26 mai 1919.

Présidence de M. CULLERRE, président.

L'assemblée s'est tenue à 3 heures, 12, rue de Seine.

Se sont fait excuser : MM. Adam, Jacquin, Riche, Viel, Lévy-Valensi, Maillard, Dubourdieu, Vernet, Franz Adam, Guyot, Gilson, Prince, Pichenot, Dubuisson, Trepsat, Pâris, Vallon, Sérieux, Gassiot, Mercier, Antheaume, Alaize, Journiac, Brunet, Ramadier, Aubry, Briche, Charuel, Suttel, Sizaret.

Le Président, M. Cullerre, a pris d'abord la parole.

M. CULLERRE. — Mes chers collègues, les terribles événements qui, pendant cinq ans, ont suspendu nos réunions, n'ont pas, heureusement, interrompu le fonctionnement de notre œuvre. Grâce au dévouement de notre sympathique trésorier, le service des pensions a été assuré dans une large mesure.

Il nous faut maintenant, pour obéir à nos statuts et rentrer dans la légalité, procéder au renouvellement intégral des membres du Conseil dont tous les pouvoirs sont expirés. Cependant, avant de passer au vote, permettez-moi de saluer la mémoire des nombreux membres de l'Association qui sont morts pendant cette longue période. Parmi ces disparus, en très grande majorité membres fondateurs, il n'est pas un de nous qui n'ait compté des amis chers et regrettés. La plupart avaient été des ouvriers de la première heure de notre Association, sans parler de l'aide morale précieuse qu'apportait à notre œuvre leur notoriété professionnelle ou leur célébrité. Leur disparition est pour nous une perte qui ne sera pas de longtemps réparée. Nos membres sociétaires ont aussi fourni un considérable tribut à l'impitoyable faucheuse. Deux ont trouvé une mort glorieuse :

©BIUM

Boissier sur le champ de bataille de Verdun, Libert au retour de l'armée d'Orient, terrassé par une fièvre typhoïde. Je m'incline bien bas devant ces héros.

Plusieurs de nos collègues, présents ou absents, ont été douloureusement éprouvés ou frappés dans la personne de leurs enfants pendant cette cruelle tourmente à peine apaisée. Qu'ils veuillent bien me permettre de leur offrir nos plus affectueuses sympathies.

Enfin, mes chers collègues, les éminents services rendus au cours de la guerre par certains membres de notre Association, leur ont valu des récompenses méritées : citations, croix de guerre et promotions dans la Légion d'honneur. Je crois être votre interprète en leur offrant, en votre nom, de chaleureuses félicitations.

M. le Président donne la parole au secrétaire, M. Delmas.

M. Delmas. — Messieurs, notre dernière assemblée générale date du 27 avril 1914. Depuis ce temps, les événements de guerre ont suspendu nos réunions, et l'activité de votre secrétaire n'a pas eu à s'exercer. Seul notre trésorier a eu la préoccupation d'assurer les secours dont nous avions la charge ; il vous dira tout à l'heure comment il y est parvenu.

Plus de cinq ans ne se sont pas écoulés sans faire dans nos rangs des vides nombreux et cruels.

Au premier rang de ces disparus se place le Dr Magnan, dont l'œuvre magnifique, favorisée par une carrière remarquablement longue, est connue de tous. Cette œuvre a marqué, on peut le dire sans crainte d'exagération, l'apogée de la psychiatrie française, à une période où la psychiatrie française rayonnait dans le monde entier. Magnan a mis au point une doctrine nosologique dont on pourra étendre et fouiller les cadres, mais qui persistera non seulement dans l'histoire des maladies mentales, mais encore dans tous les essais de synthèse qui pourront être tentés dans l'avenir.

Peu après Magnan, disparaissaient deux grands maîtres de l'enseignement psychiatrique français, les professeurs Gilbert Ballet et Régis. Le premier, après avoir parcouru tous les degrés de la Faculté de médecine de Paris, arrivait, jeune encore, à la chaire des maladies mentales et inaugurait un enseignement dont l'éclat, grâce à des qualités d'éloquence exceptionnelles, attirait une affluence considérable d'auditeurs dans l'amphithéâtre de Sainte-Anne devenu trop petit.

Le second avait créé, dans une de nos principales villes de province, un foyer d'enseignement, d'une activité telle que l'on parle aujourd'hui couramment de l'école de Bordeaux. Très traditionnaliste, il s'était fait le défenseur passionné de la psychiatrie française contre les intrusions de la psychiatrie alle-

©BIUM

mande. Ardent patriote, il avait été profondément atteint par la tourmente de la guerre, dans laquelle il avait eu le malheur de perdre son fils.

A ces noms universellement connus et aimés, il convient de joindre celui du Dr Auguste Vigouroux, enlevé prématurément après une cruelle maladie. Bien que déjà fatigué, il avait voulu prendre du service pendant la guerre et avait déployé une activité féconde dans le Centre neuro-psychiatrique de Bourges. A peine rendu à la vie civile, il reprenait le labeur auquel il avait été si scrupuleusement fidèle toute sa vie et il n'était déjà plus, que les *Annales médico-psychologiques* publiaient encore son dernier travail sur la « Pathologie mentale dans l'œuvre de Shakespeare ».

Il nous reste encore d'autres pertes à déplorer, et d'abord celle du Dr Picqué qui, sorti de la médecine militaire, avait poursuivi une brillante carrière civile, comme chirurgien des hôpitaux de Paris. Son œuvre se résume en un long effort en vue d'aider à la thérapeutique mentale par l'intervention chirurgicale. Cet effort fut considérable, soutenu par une confiance résolue et une puissance de labeur inlassable. Chirurgien de la clinique Sainte-Anne, il a collaboré avec tous les médecins des asiles de la Seine. La guerre l'a ramené à sa destinée première. Redevenu chirurgien militaire, il a été chargé de l'organisation des services chirurgicaux de l'armée d'Orient, aux heures les plus difficiles. Il s'y est donné sans compter et est mort au champ d'honneur sur la terre d'Orient.

Mabille avait fait toute sa carrière comme médecin des asiles et l'avait terminée comme médecin-directeur de l'asile de La Rochelle. Il était un représentant de ces médecins d'asile de province qui se donnent entièrement à leur tâche, vivent dans leurs asiles au milieu de leurs malades et dépensent une activité bienfaisante, d'autant plus méritoire qu'elle est souvent sans éclat. Il avait présidé le Congrès de neurologie et psychiatrie de Tunis.

Parmi les médecins d'asile de province, qui sont morts après une longue et méritoire carrière, nous devons citer encore le Dr Homery qui avait été en dernier lieu médecin en chef de l'asile de Bourges, le Dr Petrucci, médecin chef de l'asile d'Angers, et le Dr Papillon, médecin-chef de l'asile de Bron.

Le Dr Pottier était depuis plus de trente ans à la tête de l'importante maison de santé de Picpus. Ancien interne des asiles de la Seine, il avait inauguré sa carrière scientifique par une thèse remarquée sur les persécutés-persécuteurs. Fidèle à toutes nos réunions, il était estimé et aimé de tous ses collègues qui avaient pu apprécier, à côté de sa valeur intellectuelle, ses qualités de cœur.

dépenses d'envoi de ces secours, les frais d'administration, les correspondances du secrétaire et du trésorier; 3° les dépenses du Crédit foncier : frais de garde des valeurs déposées, droits de timbre, etc. En voici le tableau :

DÉPENSES

Années.	Secours distribués.		Dépenses d'administration.		Dépenses au Crédit foncier.		Totaux.	
	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.	fr.	c.
1914 . . .	10.600	»	81	10	34	52	10.715	62
1915 . . .	8.700	»	142	20	37	68	8.879	88
1916 . . .	10.200	»	112	40	37	04	10.349	44
1917 . . .	10.200	»	50	60	47	14	10.297	74
1918 . . .	10.600	»	121	50	41	53	10.763	03
	50.300	»	507	80	197	91	51.005	71

Les recettes se composent : 1° des cotisations des membres fondateurs ou sociétaires ; 2° des souscriptions des asiles ; 3° des subventions du ministère de l'Intérieur et du Conseil général de la Seine; 4° des rentes et revenus des valeurs de l'Association déposées, comme on sait, au Crédit foncier ; 5° des intérêts des fonds en dépôt au compte courant du Crédit foncier ; 6° de la plus-value ou différence entre le remboursement d'une obligation amortie et le remploi, éventuellement de l'intérêt de sommes placées en Bons de la Défense nationale.

En 1915, le capital de l'Association s'est accru du legs fait par M^me^ veuve Journaud; avec ce capital, votre trésorier a acheté 624 francs de Rentes 3 p. 100.

Les coupons et les rentes des valeurs déposées au Crédit foncier ont été normalement encaissés, sinon régulièrement aux dates fixées par les échéances, ce qui explique la diversité des sommes inscrites dans les colonnes des années successives.

Notre Association possède environ 6.000 francs de revenu dont 4.624 francs de Rente 3 p. 100, le reste en obligations de chemin de fer P.-L.-M., Est Algérien, Midi.

J'ai séparé dans les tableaux ci-après les cotisations, les souscriptions des asiles, les subventions encaissées directement par le trésorier, des revenus ou recettes encaissées par les soins du Crédit foncier et inscrits au compte courant de notre Association.

©BIUM

RECETTES (première partie).

Années.	Cotisations.	Souscriptions.	Subventions.	Totaux.
	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
1914. . .	805 »	249 40	1.000 »	2.054 40
1915. . .	1.395 50	2.577 75	1.800 »	5.773 25
1916. . .	590 »	2.504 05	800 »	3.894 05
1917. . .	265 »	1.423 85	1.800 »	3.488 85
1918. . .	458 90	1.223 95	1.300 »	2.982 85
	3.514 40	7.979 »	6.700 »	18.193 40

RECETTES (deuxième partie).

Années.	Rentes et coupons.	Intérêts des fonds en dépôt.	Plus-value.	Totaux.
	fr. c.	fr. c.	fr. c.	fr. c.
1914 . .	3.405 63	40 36	»	3.445 99
1915 . .	9.272 52	37 46	»	3.309 98
1916 . .	6.667 08	29 43	146 40	6.742 91
1917 . .	6.622 26	7 65	872 34	7.502 25
1918 . .	5.466 47	6 55	519 85	5.992 87
	31.433 96	121 45	1.538 59	33.094 »

RECETTES TOTALES

Recettes (première partie). . . . . Fr.	18.193 40
Recettes (deuxième partie)	33.094 »
Total général.	51.287 40

L'exposé financier des cinq années de guerre se résume ainsi :

Recettes. . . . . Fr.	51.287 40
Dépenses.	51.005 71
Excédent des recettes sur les dépenses.	281 69

Au 1er janvier 1914 les disponibilités étaient de 12.189 fr. 38 représentées par :

En caisse du Trésorier . . . . . Fr.	1.121 67
Solde créditeur au compte courant du Crédit foncier	11.067 71
Total.	12.189 38

©BIUM

Comme le Dr Pottier, les Drs Duhamel, Hugonin et Faucher ont été médecins de maisons de santé dans la région parisienne; le premier à la maison de santé de Fontenay-sous-Bois, dans laquelle il était entré après son internat des asiles de la Seine et qu'il a passée à notre collègue, le Dr Dupouy; le second, à la maison de santé Goujon, rue de Picpus; le troisième, enfin, à la maison de santé de Vanves où il était le collaborateur de notre collègue Arnaud.

Aux noms des médecins aliénistes de Paris décédés, il faut joindre encore le nom du Dr Legras, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin chef de l'Infirmerie spéciale près la Préfecture de police, ancien président de la Société médico-psychologique.

Carrier et Boissier sont parmi ceux qui sont morts en accomplissant leur devoir militaire. Le premier, élève de la Faculté de Lyon, ancien interne des hôpitaux de cette ville, dirigeait avec son frère une maison de santé connue et appréciée.

Le second, ancien interne des asiles de la Seine, avait passé la plus grande partie de sa vie au sanatorium de Boulogne, où il avait été le collaborateur précieux de notre collègue Sollier.

La mort n'a pas atteint que ceux de nos collègues qui avaient déjà parcouru la plus grande partie de leur carrière. Elle nous a enlevé deux jeunes collègues, remarquablement doués et dont la perte doit être tout particulièrement déplorée, Dromard et Libert.

Dromard avait fourni une œuvre déjà considérable. Doté de qualités d'écrivain brillant, il avait publié une série d'ouvrages d'ordre sociologique et philosophique, dans lesquels on voyait que l'étude de la médecine mentale avait été pour lui la plus sûre des documentations et la meilleure des formations de l'esprit.

Libert, à peine sorti de l'internat, s'est épuisé dans la cruelle retraite de Serbie et n'a pu rentrer en France que pour y mourir de l'affection contractée dans les Balkans. Il avait une plume facile et alerte; il avait commencé une carrière de journaliste médical qui promettait d'être remarquablement brillante; il avait publié, avec son maître le Dr Sérieux, qui lui a consacré une pieuse biographie, des travaux tout à fait originaux sur les délires d'interprétation symptomatiques.

Nous terminerons cette trop longue liste par le nom de notre jeune collègue Hannard, sorti d'un des derniers concours de l'adjuvat et qui avait été, en dernier lieu, avant la guerre, médecin adjoint à l'asile d'Armentières.

Aux familles de tous ces disparus, nous adressons notre plus sympathique hommage.

©BIUM

Les vides que nous déplorons ont diminué le nombre de nos adhérents.

Notre Association comptait en 1914 :

Membre à vie	1
Membres fondateurs	35
Membres sociétaires	189
Total	226

Elle compte aujourd'hui :

Membre à vie	1
Membres fondateurs	27
Membres sociétaires	179
Total	207

Il importe maintenant de nous employer à faire de nouvelles recrues ; je vous demande à chacun d'intéresser à notre œuvre de solidarité tous les jeunes qui se destinent à la psychiatrie et que vous pourriez connaître.

Vous allez maintenant entendre l'exposé de notre situation financière. Vous me permettrez de céder la parole à M. le Dr Rayneau, qui a bien voulu se charger de l'examen des comptes et à notre trésorier, M. le Dr Dupain.

M. Rayneau a vérifié les comptes et les a trouvé exacts ; il propose de les approuver et de voter des félicitations au trésorier.

M. Dupain. — Messieurs, après un intervalle de cinq années de guerre, votre trésorier vous présente aujourd'hui le compte financier de votre Association.

Il a la satisfaction de dire que, malgré les événements, il lui a été possible de distribuer les secours habituels aux veuves de nos anciens collègues. Cependant, par mesure de prudence, le secours du second semestre de l'année 1915 a été diminué de 100 francs.

Le Crédit foncier a considéré votre trésorier comme prorogé dans ses pouvoirs ; ce qui lui a permis de puiser dans les disponibilités du compte courant, et de compenser ainsi le moindre rendement des cotisations de nos membres et des souscriptions des asiles.

Pendant les cinq années de guerre, votre Association a distribué 50.300 francs de secours.

Afin de ne pas vous égarer dans le détail compliqué de la comptabilité, votre trésorier se propose de mettre sous vos yeux l'ensemble de la gestion financière de ces cinq années de guerre.

Les dépenses comprennent : 1° les secours distribués ; 2° les

©BIUM

LISTE DES MEMBRES

Membre à vie : 1.

M. Chaslin.

Membres fondateurs : 27.

MM.	MM.	MM.
Antheaume.	Cullerre.	Meuriot.
Arnaud.	Dagonet.	Parant.
Babinski.	Dheur.	Péon.
Boudrie.	Dupain.	Pierret.
Briand.	Dupré.	Rayneau.
Charon.	Gallopain.	Ritti.
Chaussinand.	Girma.	Semelaigne (René).
Conso.	Lalanne (Y).	Vallon.
Cortyl (Germain).	Lallemant.	Voisin (Jules).

Membres sociétaires : 179.

MM.	MM.	MM.
Abadie.	Bourilhet.	Colin.
Adam (Aloïse).	Briche.	Collet.
Adam (F.).	Brissot.	Collin (A.).
Alaize.	Broquère.	Condomine.
Ameline.	Brunet.	Corcket.
Anglade.	Burle.	Cornu.
Archambault(Paul).	Bussard.	Cossa.
Arsimoles.	Buvat.	Coulonjou.
Aubry.	Calmettes.	Courbon.
Barbé.	Camus (Paul).	Courjon.
Baruk.	Capgras.	Daday.
Bécue.	Carrier (H.).	Dalmas.
Bellat.	Castin.	Damaye.
Belletrud.	Charpenel.	Danjean.
Benon.	Charpentier (René).	Delmas.
Bertoye.	Charuel.	Deny.
Bessière.	Chaumier.	Depoux.
Boidard.	Chevalier-Lavaure.	Dericq.
Boiteux.	Chèze.	Deswarte.
Bonnet.	Chocreaux.	Devaux.
Boubila.	Clément.	Devoy.
Bour.	Clérambault (de).	Dodero.

©BIUM

MM.	MM.	MM.
Dubois.	Logre.	Raviart.
Dubourdieu.	Loup.	Riche (André).
Dubuisson.	Lévy-Valensi.	Ricoux.
Ducos.	Lwoff.	Rist.
Ducosté.	Maillard.	Robert.
Dupin.	Mairet.	Rodiet.
Dupouy.	Malfilâtre.	Rogues de Fursac.
Euzière.	Mallet.	Roubinovitch.
Fassou.	Marchand.	Rougé (Calixte).
Fenayrou.	Marie.	Rougean.
Fillassier.	Maupaté.	Salin.
Garnier (Samuel).	Meilhon.	Santenoise.
Gassiot.	Mercier.	Séglas.
Genil Perrin.	Mézie.	Sérieux.
Gilson.	Mignard.	Simon.
Gimbal.	Monestier.	Sizaret.
Giret.	Nageotte.	Slizewicz.
Guiraud.	Nicouleau.	Sollier.
Guyot (Aug.).	Nolé.	Suttel.
Halberstadt.	Nouët.	Taty.
Hamel.	Olivier.	Terrade.
Jacquin.	Ollivier.	Thibaud.
Journiac.	Pactet.	Thivet.
Juquelier.	Page.	Tissot.
Kahn (Pierre).	Pain.	Toulouse.
Lachaux.	Paris.	Toy.
Lafaye.	Pelissier.	Trenel.
Lagriffe.	Perrens.	Trepsat.
Laignel-Lavastine.	Pezet.	Truelle.
Lalanne (A.).	Picard.	Usse.
Larrivé.	Pichenot.	Védie (Henri).
Latapie.	Planat.	Vernet.
Latreille.	Pochon.	Viallon.
Legrain.	Porot.	Viel.
Légine (Jean).	Prince.	Vieux-Pernon.
Leroy.	Privat de Fortunié.	Vignaud.
Levassort.	Raffegeau.	Vurpas.
Levet.	Ramadier.	

RÉSUMÉ

Membre à vie	1
Membres fondateurs	27
Membres sociétaires	179
Total.	207

Au 1er janvier 1919, les disponibilités étaient de 12.471 fr. 07 représentées par :

En caisse du Trésorier . . . . . Fr.	547 27
Solde créditeur au compte courant du Crédit foncier	4.600 30
Huit bons de la Défense nationale qui ont coûté.	7.313 50
	12.471 07
Disponibilités au 1er janvier 1919. Fr.	12.471 07
Disponibilités au 1er janvier 1914 . . .	12.189 38
La différence.	281 69

représente l'excédent des recettes sur les dépenses.

Au 1er janvier 1919, l'avoir de l'Association se composait ainsi :

4.624 francs de rente 3 p. 100 Etat français ;

40 obligations 500 fr. 3 p. 100 des chemins de fer P.-L.-M. (fusion ancienne) ;

34 obligations 500 fr. 3 p. 100 des chemins de fer P.-L.-M. (fusion nouvelle).

52 obligations 500 fr. 3 p. 100 des chemins de fer du Midi (anciennes).

20 obligations 500 fr. 3 p. 100 des chemins de fer Est-Algérien.

8 bons de la Défense nationale 5 p. 100 (7.500 fr.).

BUDGET DE 1920.

Les prévisions du budget des recettes pour l'année 1920 sont les suivantes :

RECETTES

Cotisations . . . . . Fr.	2.000 »
Souscriptions d'asiles.	1.500 »
Subvention ministérielle	800 »
Subvention du Conseil général de la Seine.	500 »
Revenus des rentes et titres déposés au Crédit foncier.	6.600 »
Total.	11.400 »

©BIUM

DÉPENSES

Secours à distribuer	Fr.	11.200	»
Frais d'administration		200	»
Total. . .		11.400	»

En résumé :

Prévisions des recettes	Fr.	11.400	»
Prévisions des dépenses		11.400	»

Balance.

Les félicitations au trésorier sont votées à l'unanimité.

Il est ensuite procédé au renouvellement de tous les membres du Conseil, les pouvoirs de tous étant expirés. Sur la proposition du bureau, il est décidé que, l'élection portant sur les quinze membres du Conseil, le renouvellement annuel par tiers sera fixé par le tirage au sort.

Il y a eu de très nombreux votes par correspondance.

Sont élus : MM. Arnaud, Charon, Chaslin, Cullerre, Delmas, Dupain, Lallemand, Levassort, Marchand, Rayneau, Semelaigne, Sérieux, Truelle, Vallon, Vurpas.

La séance est levée à 4 heures.

*
* *

A la suite de l'assemblée générale, le Conseil se réunit, conformément à l'article 11 des statuts.

Le tirage au sort fixe ainsi la durée des pouvoirs des membres du Conseil.

MM. Chaslin, Dupain, Rayneau, Semelaigne et Vurpas voient leurs pouvoirs expirer en 1919.

MM. Arnaud, Charon, Lallemant, Marchand, Truelle, en 1920.

MM. Cullerre, Delmas, Levassort, Sérieux, Vallon, en 1921.

Au bureau, sont élus :

Président : M. CULLERRE.
Vice-président : M. SEMELAIGNE.
Secrétaire : M. DELMAS.
Trésorier : M. DUPAIN.

©BIUM

est nommé médecin adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens, et promu à la 1re classe (4.000 fr.) ;

M. le Dr Hamel, médecin adjoint de l'asile de Fains, est nommé médecin adjoint de l'asile de Maréville ;

MM. les Drs Chocreaux, médecin en chef de l'asile de Lommelet (Nord), à partir du 1er janvier 1919 ; Dubourdieu, directeur-médecin de l'asile d'Alençon, et Rayneau, directeur-médecin de l'asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret), à partir du 1er avril 1919, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (9.000 fr.) ;

M. le Dr Wahl, médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence, est promu à la 1re classe de son grade (8.000 fr.), à partir du 1er avril 1919.

Arrêtés d'avril 1919. — M. le Dr Desruelles, médecin adjoint de Legure (Lot), est nommé médecin adjoint de l'asile de Sainte-Ylie (Jura) ;

M. le Dr Petit (Georges), nommé au concours de l'adjuvat de 1914, est nommé médecin adjoint de 1re classe (4.000 fr.) à l'asile de Beauregard, à Bourges.

Arrêtés de mai 1919. — M. le Dr Salomon (Jean-Alexandre), nommé au concours de l'adjuvat de 1914, est nommé médecin adjoint de 1re classe (4.000 fr.), à l'asile de Lesvellec ;

M. le Dr Olivier, médecin adjoint de l'asile de Blois, est nommé sur place médecin en chef.

Arrêtés de juin 1919. — M. le Dr Rochaix, admis au concours de l'adjuvat de 1914, est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Catherine, près Moulins ;

M. le Dr Latreille, médecin adjoint de l'asile de Rennes, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bordeaux ;

M. le Dr Gimbal, médecin en chef de l'asile de Leyme, est nommé directeur-médecin de l'asile de Vauclaire (Dordogne).

Arrêtés de juillet 1919. — M. le Dr Bessière (Auguste), admis au concours de l'adjuvat de 1914, est nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Gemmes ;

M. le Dr Fassou, médecin adjoint de l'asile de Bégard (Côtes-du-Nord), est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 fr.) ;

M. le Dr Guiraud, médecin adjoint du quartier d'aliénés de Tours, est nommé médecin adjoint de l'asile de Braqueville (Haute-Garonne) ;

M. le Dr Viollet (Marcel), médecin de la Maison de santé de Dôle, est nommé médecin adjoint de l'asile de Lafond, près La Rochelle ;

Mlle Pascal, médecin adjoint de l'asile de Clermont (Oise), est mise en disponibilité sur sa demande ;

M. le Dr Desruelles, médecin adjoint de l'asile de Saint-

©BIUM

Ylie, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 fr.);

Sont nommés médecins adjoints provisoires : de l'asile de Fains, M. le Dr Piquemal, médecin assistant de l'asile de Limoux; de l'asile de Châlons-sur-Marne, M. le Dr Morel, interne de l'asile de Maison-Blanche; de l'asile de Rennes, M. le Dr Pruvost, interne de l'asile Sainte-Anne; de l'asile de La Roche-Gandon (Mayenne), M. le Dr Jourdran, interne de l'asile de Navarre (Eure); de l'asile de Pierrefeu (Var), M. le Dr Girard, interne de cet asile.

MM. les Drs Trenel, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard; Courbon, médecin adjoint de l'asile de Dury-lès-Amiens; Jabouille, médecin adjoint de l'asile de Saint-Ylie (Jura); Gelma, médecin adjoint de l'asile de Maréville; Adam, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne; Prince, médecin adjoint de l'asile d'Alençon, et Brissot, médecin adjoint de l'asile de Moulins, ont été mis à la disposition du Commissaire général de la République à Strasbourg.

Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*).

Voies de fait d'un aliéné contre un médecin aliéniste. — On lit dans *Le Temps* (numéro du dimanche 13 juillet 1919) :

« Le Dr Henri Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif, en sortant hier de chez lui, rue Vauquelin, 26, a été assailli, sous la porte cochère de sa maison, par un nommé Brancourt, récemment sorti de l'asile de Ville-Evrard, qui s'y tenait armé d'une forte canne.

« A plusieurs reprises, le Dr Colin avait été en butte aux insultes et aux menaces de ce malade qu'il avait vainement signalé aux autorités compétentes en faisant prévoir ce qui devait se produire. Fort heureusement, les choses se sont bornées à quelques coups sans gravité; mais il en eût été tout autrement si ce malheureux aliéné avait été armé d'un revolver. »

Nous adressons à notre excellent collègue, M. le Dr H. Colin, nos vives et sincères félicitations d'avoir échappé à un grave danger. Il est à souhaiter qu'à la suite de ce nouvel attentat les « autorités compétentes » tiennent un meilleur compte des avis donnés par les médecins, compétents eux aussi.

La lutte contre l'alcoolisme en Belgique.

On écrit de Bruxelles au *Temps* (numéro du mercredi 13 août 1919) :

La Chambre belge, le jour même où elle ratifiait le traité de

©BIUM

VARIÉTÉS

Les médecins aliénistes et la guerre.

Légion d'honneur. — Sur la proposition du président du Conseil, ministre de la Guerre, est promu commandeur de la Légion d'honneur, M. le Dr Marcel Briand, médecin en chef de l'asile clinique, médecin principal de 1re classe à l'hôpital du Val-de-Grâce.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : M. le Dr Meuriot (André-Henri), médecin-directeur de la Maison de santé Blanche, médecin-major de 1re classe (territorial) à l'hôpital complémentaire n° 28, à Bourges ;

M. le Dr Barbé (André-Louis), médecin adjoint de l'hospice de Bicêtre, médecin-major de 2e classe à l'hôpital complémentaire n° 101 (territorial) ;

M. le Dr Chocreaux (Georges-Amédée), médecin en chef de l'asile de Lommelet (Nord), médecin-major de 1re classe (territorial) au centre de psychiatrie, 14e région.

Citation. — M. le Dr Poyer, ancien interne de la Maison nationale de Charenton, a été cité, ainsi qu'il suit, à l'ordre du 9e corps d'armée :

« Poyer (Georges-Paul), médecin aide-major de 1re classe au 3e bataillon du 163e régiment d'infanterie : « Médecin d'une haute conscience qui s'est dépensé jusqu'à la limite de ses forces pour soigner et évacuer non seulement ses propres blessés, mais ceux des unités voisines dans les combats du 26 septembre 1918 au 6 octobre. A fait l'admiration de tous par son mépris du danger ». Croix de guerre.

Nominations et promotions

Décret de juillet 1919. — Sur la proposition du Grand Chancelier de la Légion d'honneur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr A. Cullerre, directeur-médecin honoraire des asiles d'aliénés.

Décret d'août 1919. — Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. le Dr Klippel, médecin des hôpitaux de Paris, membre et ancien président de la Société médico-psychologique.

©BIUM

Faculté de médecine de Lyon. — M. le Dr Lépine, professeur de clinique des maladies mentales, membre du Conseil de l'Université de Lyon, est nommé assesseur du doyen.

Arrêtés de janvier 1919. — M. le Dr Pochon, médecin en chef de l'asile d'Armentières (Nord), est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure);

M. le Dr Halberstadt, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant, en remplacement de M. le Dr Cortyl, admis à la retraite;

M. le Dr Marchand, médecin en chef de la Maison nationale de santé, est promu à la 1re classe (8.000 fr.), à partir du 1er janvier 1919.

Arrêtés de février 1919. — M. le Dr Perrens, médecin adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile de Bordeaux (Château-Picon);

M. le Dr Aubry, médecin en chef de l'asile de Saint-Lô (Manche), est nommé médecin en chef de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) en remplacement de M. le Dr Dezwarte, admis à la retraite;

M. le Dr Kéraval, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, à Paris, est admis à la retraite à dater du 23 janvier 1919;

M. le Dr Rougean, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin en chef de l'asile de Saint-Lô (Manche);

M. le Dr Lerat, médecin adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin adjoint du quartier d'aliénés de l'hospice de Nantes;

M. le Dr Lagriffe, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, est nommé directeur-médecin de l'asile de Quimper, en remplacement de M. le Dr Meilhon, admis à la retraite;

M. le Dr Maupaté, médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), est nommé directeur-médecin de l'asile de Fains (Meuse), en remplacement de M. le Dr Gallopain, admis à la retraite;

M. le Dr Privat de Fortunié, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec, est promu à la 2e classe de son grade (7.000 fr.), à dater du 1er avril 1919;

M. le Dr Brunet, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues.

M. le Dr Charpentier, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban, est nommé directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, en remplacement de M. le Dr Lagriffe;

M. le Dr Robert, médecin adjoint de l'asile de Bordeaux, est nommé directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère);

M. le Dr Usse, nommé au concours de l'adjuvat de 1914,

somatiques (tremblements rythmiques de la main, bégaiements) et des troubles psychiques (phobies, obsessions, impulsions, exagération de l'émotivité, altération de la mémoire), signes caractéristiques d'une dégénérescence certaine chez un homme sujet depuis l'enfance à de nombreux phénomènes névropathiques ;

Attendu qu'à la suite de ces constatations Bressolles a été réformé par décision du 16 octobre 1915 et gracié de sa peine par décret du 21 novembre suivant;

Attendu qu'au cours de l'enquête administrative à laquelle il a été procédé pour l'instruction de la demande en révision, les docteurs Cruchet, professeur agrégé de pathologie interne à la faculté de Bordeaux ; Leroy, médecin de l'asile de Ville-Evrard ; Ribière, professeur agrégé de pathologie interne et de médecine légale à la Faculté de Paris, appelés à faire connaître si Bressolles était atteint de démence et pleinement irresponsable au temps où il avait commis les faits retenus à sa charge, ont répondu que ce condamné « n'étant maître ni de sa raison ni de sa volonté, au temps de l'action, devait être tenu pour irresponsable » ;

Attendu que toutes les circonstances de l'affaire autorisent à considérer cette appréciation comme fondée;

Attendu, d'autre part, que Bressolles se sentant malade, dans le courant de décembre 1915, était allé consulter le médecin aide-major Sarthou; que celui-ci reconnut en lui un homme inquiet, découragé, désespéré, « une véritable loque », ayant perdu tout ressort et tout contrôle ; et qu'effrayé de son état, il lui avait conseillé de demander son évacuation ;

Attendu que ces derniers faits, antérieurs de quelques jours aux actes qui ont motivé la condamnation, mais ignorés des juges qui l'ont prononcée, constituent aussi bien que les constatations postérieures au jugement, des faits nouveaux, au sens de l'article 453 n° 4 du Code d'instruction criminelle ; qu'ils sont de nature à établir que Bressolles était irresponsable au moment où il a commis les actes dont il a été déclaré coupable ; que, dès lors, ces actes ne sauraient, aux termes de l'article 64 du Code pénal, constituer ni crime, ni délit, et qu'ainsi le jugement entrepris doit être annulé ;

Par ces motifs, casse et annule le jugement de condamnation rendu contre Bressolles, le 16 mars 1916, par le conseil de guerre de la 131e division ; et attendu que cette annulation ne laisse rien subsister qui puisse être qualifié crime ou délit ;

Dit n'y avoir lieu à renvoi ;

Ordonne que le présent arrêt sera imprimé, qu'il sera transcrit sur les registres du conseil de guerre de la 131e division et que mention en sera faite en marge du jugement annulé ;

©BIUM

Ordonne l'affichage et l'insertion du présent arrêt conformément à l'article 446 du Code d'instruction criminelle ;

Ainsi jugé et prononcé par la Cour de cassation, chambre criminelle, en son audience publique du 27 juin 1919.

Présents : MM. André Boulloche, conseiller faisant fonctions de président ; Cénac, rapporteur ; Duval, Petitier, Paillot, Bourdon, Lecherbonnier, Mallein, Peyssonnié, Courtin, Bourgeon, Coudert, conseillers en la Cour.

En conséquence, le Président de la République française mande et ordonne à tous huissiers sur ce requis, de mettre ledit arrêt à exécution ; aux procureurs généraux et aux procureurs de la République près les tribunaux de première instance d'y tenir la main ; à tous commandants et officiers de la force publique, de prêter main-forte lorsqu'ils en seront légalement requis. En foi de quoi le présent arrêt a été signé par le président, le rapporteur et le greffier.

Pour expédition conforme :

Le greffier en chef de la Cour de cassation,
GIRODON.

ASILE AGRICOLE DE CHEZAL-BENOÎT.

Vacance d'un poste de pharmacien. — Un poste de pharmacien est vacant à l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher). Prière de s'adresser au directeur dudit asile pour tous renseignements et pour candidature.

AVIS AUX ABONNÉS

Les Annales médico-psychologiques *se sont efforcées pendant la guerre à maintenir leur publication, malgré les sacrifices que leur imposait l'augmentation considérable du prix du papier et de la main d'œuvre.*

Aujourd'hui, en raison de la répercussion de la journée de huit heures sur les salaires, de nouvelles majorations de prix viennent se joindre à celles déjà subies. Devant ces circonstances économiques nouvelles et, aussi, dans le désir de continuer l'œuvre de notre vénéré maître Baillarger, nous nous voyons dans la nécessité de modifier le tarif des abonnements des Annales médico-psychologiques, *ainsi qu'il suit :*

A partir du 1er janvier 1920, *le prix de l'abonnement sera : pour Paris et les départements*, 30 *fr. ; pour l'étranger*, 35 *fr.*

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

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

©BIUM

paix, a voté une réforme sociale de première importance : à la veille des élections, elle a adopté le projet de loi limitant la consommation de l'alcool. Ce projet porte l'interdiction de la consommation et de la vente de boissons spiritueuses dans tous les endroits accessibles au public : hôtels, restaurants, cafés, tavernes, etc. Seuls les commerçants pourront en vendre, pour être consommées hors de leur établissement, à condition que chaque vente ne soit pas inférieure à 2 litres.

Le projet, lors de la discussion, n'a pas rencontré d'opposition sérieuse. Ce sont simplement des modalités de réglementation qui ont été repoussées. La faculté de vendre en quantités relativement élevées des boissons spiritueuses est une transaction provisoire en faveur des distillateurs, en attendant qu'il soit possible d'interdire complètement la consommation de l'alcool dans le pays.

Cour de cassation (27 juin 1919). — Arrêt bressolles. Revision.

Extrait des minutes de la Cour de cassation.

Au nom du peuple français,

La Cour de cassation a rendu l'arrêt suivant :

Sur le réquisitoire du procureur général près la Cour de cassation, d'ordre de M. le garde des sceaux, tendant à la revision d'un jugement rendu le 16 mars 1916, par le conseil de guerre de la 131e division d'infanterie, qui a condamné Bressolles à un an de prison et à la destitution, pour détournements,

La Cour,

Ouï M. le conseiller Cénac en son rapport, M. l'avocat général Péan en ses conclusions, Me Dambeza, avocat, en ses observations ;

Vu la lettre de M. le garde des sceaux en date du 17 avril 1919, invitant M. le procureur général près la Cour de cassation à requérir la revision d'un jugement rendu, le 16 mars 1916, par le conseil de guerre de la 131e division d'infanterie, qui a condamné Bressolles (Pierre-Marie-Paul-Laurent), attaché d'intendance, à un an d'emprisonnement pour vol ;

Vu les réquisitions écrites adressées à la Cour par son procureur général le 22 avril 1919 ;

Vu les articles 443, nos 4, 444 et 445 du Code d'instruction criminelle ;

Sur la recevabilité de la demande en revision ;

Attendu que la Cour a été saisie par son procureur général, en vertu d'un ordre du ministre de la Justice, agissant après

©BIUM

avoir pris l'avis de la commission instituée par l'article 444 du Code d'instruction criminelle; que la demande rentre dans le cas prévu par l'article 443; qu'elle a été introduite dans le délai déterminé par l'article 444; qu'enfin le jugement dont la revision est demandée est passé en force de chose jugée; que, dès lors, le pourvoi en revision est recevable;

Sur l'état de la procédure :

Attendu que les pièces produites permettent à la Cour de statuer sur le fond en pleine connaissance de cause; qu'il n'y a pas lieu, par suite, d'ordonner ni un plus ample informé, ni l'apport de pièces supplémentaires;

Au fond :

Attendu que Bressolles, attaché d'intendance, a été condamné, le 16 mars 1916, par le conseil de guerre de la 131e division à un an d'emprisonnement et à la destitution pour vols commis, dans le courant des mois de janvier et de février 1916, au préjudice de la coopérative militaire de Saint-Florent;

Attendu que les faits relevés par la prévention étaient constants; et que le défenseur alléguant l'irresponsabilité du prévenu concluait à ce que ce dernier fût soumis à un examen mental; qu'il appuyait sa demande sur deux certificats délivrés par deux spécialistes qui avaient, en 1901 et 1902, constaté chez Bressolles des troubles psychiques et sur une consultation d'un troisième docteur qui, sans avoir vu le sujet déclarait, sur la foi des renseignements qui lui étaient fournis, que le prévenu était un dégénéré psychique et moral, soumis à des impulsions morbides et qu'il y avait lieu de le mettre en observation dans un centre neuro-psychiatrique d'armée;

Attendu que le conseil de guerre a rejeté ces conclusions, motifs pris de ce que « des témoignages des officiers vivant journellement dans l'entourage immédiat de l'inculpé, aussi bien que de son interrogatoire, il ne ressortait aucun indice permettant de douter de l'intégrité de ses facultés mentales » et « que les renseignements d'ordre médical produits par la défense et fournis en vue des débats par des médecins n'ayant pas revu l'inculpé depuis plusieurs années, ne sauraient être pris en considération »; mais attendu que le soir même de la condamnation, Bressolles était pris de troubles névropathiques tellement graves qu'il dut être aussitôt conduit dans l'hôpital d'évacuation de Saint-Dizier; qu'après six semaines d'observation le médecin directeur de cet établissement déclarait dans un rapport, appuyé de faits précis, que Bressolles était un malade émotif, ayant des troubles névropathiques curables, mais de longue durée et qu'il y avait lieu de l'envoyer dans un centre neuro-psychiatrique de l'intérieur; que transporté à l'hôpital central de Bar-le-Duc, le service de neuro-psychiatrie constatait chez lui des troubles

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE DE PARIS

Chronique

Le rapatriement des aliénés d'Alsace-Lorraine évacués en Allemagne pendant la guerre.

Bien qu'habitant le territoire qui constituait l'enjeu de la lutte, les aliénés d'Alsace-Lorraine n'eurent pas à subir, comme ceux de la France du Nord, les horreurs de la guerre. Pourtant les deux asiles de Rouffach, en Haute-Alsace, et de Lorquin, en Lorraine, se trouvèrent, pendant des années, à quelques kilomètres seulement de la ligne de feu. Mais les Allemands étaient si sûrs de la victoire et ils avaient une telle confiance dans le respect de l'adversaire pour la Croix rouge, qu'ils ne songèrent à en évacuer les malades qu'au début de l'année 1917, date à retenir.

En effet, une telle mesure prise, aussitôt après le refus par les Alliés de l'offre de paix allemande de décembre 1916, éclaire la nature véritable des sentiments qui inspirèrent cette offre. Le geste apparemment magnifique du Kaiser n'était, en réalité, que le premier

©BIUM

aveu de son impuissance à vaincre. Il voulait arrêter les hostilités dont il voyait la prolongation aboutir à la défaite. Cette offensive de paix ayant échoué, l'état-major craignit un enfoncement du front et commença le transfert sur l'arrière des populations de l'avant.

Cette évacuation, en ce qui concerne les asiles, ne fut que partielle. On résolut de ne transporter tout d'abord que les sujets encombrants par l'intensité du délire ou l'invalidité. Les autres furent conservés pour rendre service jusqu'à la dernière minute. Le plan, ainsi qu'il résulte de documents trouvés en divers lieux, notamment à Colmar, était que l'armée, en se retirant, emmenât avec elle les gens qui voudraient la suivre et détruisît par la poudre et le feu tout le terrain cédé. Mais la peur des représailles promises dans les conditions d'armistice les empêcha de réaliser leur projet. Voilà pourquoi habitants et maisons d'Alsace-Lorraine furent épargnés et pourquoi Rouffach et Lorquin ne furent pas trouvés complètement vides par les Français.

Quant aux évacués, c'est en Prusse rhénane, en Wurtemberg, en Bade, en Bavière qu'ils avaient été conduits dès 1917, comme je l'ai dit. Ceux de Lorraine partirent en janvier, ceux de Haute Alsace en mars. Le voyage s'accomplit avec calme et méthode. Les malades ne connurent rien de ces terrifiants exodes infligés à plusieurs de leurs compagnons d'infortune en France. Des éclatements d'obus avaient cependant eu lieu à proximité de Lorquin ; mais Rouffach, malgré sa situation au pied de l'Hartmanswillerkopf, au pied de cette cible du Vieil-Armand, fut toujours volontairement respecté par notre artillerie et notre aviation. Aussi les Boches y avaient-ils cyniquement installé un état-major. Le général qui le commandait trouva néanmoins insuffisante pour sa précieuse personne l'emblème de la Croix-Rouge et le réseau souterrain qui relie les

pavillons de l'établissement. Il se fit édifier un abri de béton dont la présence déshonore encore le balcon de la villa occupée aujourd'hui par l'un des médecins de l'asile, notre cher confrère Adam. Quant aux malades alsaciens, en bon maître du lieutenant von Forstner de Saverne, il les abandonna, à la chance de la fortune.

*
* *

Une fois que la France fut en possession de ses provinces volées, elle dut penser au rapatriement de leurs habitants exilés. En ce qui concernait les aliénés, la question n'était pas compliquée. Pour la résoudre le plus simplement, il eût suffi que chacun des deux asiles ayant des malades et du matériel chez l'ennemi y envoyât une mission. Celle-ci eût reconnu sur place ses ressortissants et les eût ramenés directement sous la protection des autorités alliées. C'est là ce que préconisait notre ami Brissot, directeur de Rouffach.

Mais il se trouva quelque part dans les bureaux un fonctionnaire zélé qui vit là l'occasion de prouver au monde que l'administration française avait rompu avec la routine et savait profiter des enseignements de la guerre. Celle-ci ayant développé au plus haut point les services de triage entre les différentes zones du territoire, on allait, tout comme les militaires, instituer un triage des aliénés rapatriés. Mais pour que cela fût possible, il fallait, au préalable, organiser leur confusion. Il fut donc décrété que le même jour, à la même heure, convergeraient sur Stephansfeld tous les psychopathes évacués en Allemagne pendant la guerre, qu'ils soient de Rouffach, de Lorquin ou qu'ils y aient été conduits directement par leur famille.

Ce qui fait que par une nuit étoilée de juin dernier, 236 aliénés venaient s'entasser dans les bâtisses déjà

©BIUM

trop étroites de notre vieil asile. Des femmes, vu leur excès numérique, durent être logées dans le même quartier que les hommes, cohabitation qui, je me hâte de le dire, en raison de l'ininflammabilité du tempérament autochtone, ne présentait qu'un léger inconvénient. Mais mes confrères et moi nous en eûmes pour deux jours d'un travail acharné avant d'avoir identifié tous les membres de cette masse délirante. Était-ce pur hasard ou au contraire intention malveillante de leurs derniers infirmiers ? Des déments gâteux ou mutistes portaient inscrits sur leurs vêtements des noms fantaisistes ou appartenant à un camarade décédé en exil. La confrontation des inconnus avec les malades moins insensés, le souvenir des infirmiers et des religieuses ayant passé par Lorquin ou Rouffach, la vérification des particularités cliniques ou autres signalées dans le dossier nous permirent enfin de reconnaître chaque individu. Puis dans les semaines qui suivirent, on expédia tous ces pauvres pèlerins, par paquets de 50, dans leur asile d'origine. Le service des aliénés d'Alsace-Lorraine pouvait, dès lors, s'enorgueillir à juste titre, il avait, lui aussi, eu son triage.

*
* *

Avant d'exécuter cette glorieuse besogne, le personnel de Stephansfeld avait eu mission d'aller à la rencontre de ces malheureux rapatriés et de leur apporter sur terre allemande le salut de la France. L'intérêt principal de cette mission était d'ouvrir la frontière à l'une des dates les plus mémorables de la guerre, le jour où l'Allemagne apprenant le refus, par les Alliés, de son contre-projet de traité de paix, prenait enfin conscience de l'immensité de sa défaite. C'est moi qui en fus chargé.

Le 17 juin donc, à 13 heures, flanqué de trois privilégiés pour me faire escorte, je me présente en automobile au pont de Kehl. Baïonnette au canon, un tirailleur nous arrête sous l'écusson républicain de l'arc de triomphe que forment, en se joignant par une travée transversale, les deux pylônes du tablier. Un sous-officier inspecte minutieusement nos papiers et se décide à nous livrer passage sur le fleuve illustre. Quelques cents mètres et nous atteignons le sol ennemi. Nous quittons la voiture à la sortie du pont, sous le vol éployé de l'aigle germanique (1) fuyant de France qui fait pendant, de ce côté, au cartouche des armes de la République sur la rive opposée.

Quel contraste entre les deux berges! Pas âme qui vive ici! De cette place ensoleillée, cependant, le coup d'œil est beau sur le Rhin et sur Strasbourg. Dans cette clarté muette, la gare silencieuse dresse sa muraille rougeâtre et poudreuse, comme frappée du même accablement que tant de nos gares éventrées par leurs obus. Pourtant, on a beau s'approcher, on ne voit ni éraflure sur les pierres, ni félure sur les vitres. La route, elle aussi, ne montre ni entonnoirs, ni éboulements. Comment une localité peut-elle être si déserte et ne présenter aucun vestige de bombardement!

Même silence sous la voûte obscure de l'escalier qui conduit aux voies et où nous nous engageons. Vides sont les quais, vides les rails dont on voit au delà du hall le scintillement sous le soleil. Tout à coup, un rire jeune et joyeux éclate, et dans l'embrasure d'une porte, nous distinguons la silhouette alerte d'une sentinelle bleu horizon. Au bruit de nos pas, le soldat se retourne

(1) Il en était ainsi alors, mais à la date du 14 décembre 1919 l'aigle a été enlevé et remplacé par un coq, symbolisant la prise de possession de la rive droite par la France.

©BIUM

avec le geste agressif de nous barrer la route. Mais reconnaissant des compatriotes avant même de nous entendre, il reprend son rire et simule une charge pour nous repousser.

Nous expliquons notre cas. Le capitaine commandant le poste de la gare vers lequel on nous conduit était au courant. Depuis le matin, il a reçu un monceau de télégrammes plus ou moins contradictoires sur ce sujet. La conclusion qui semble se dégager de leur lecture est que les arrivants atteindront Kehl en deux temps : les premiers à 16 heures, les autres à 22 heures. Ils partiront tous par le même train pour Stephansfeld accompagnés du personnel médical allemand *qui ne descendra pas de wagon*. Ceux-ci seront ramenés immédiatement à Kehl. Une garde de police de 30 hommes, sous le commandement d'un lieutenant, formera escorte pendant tout ce trajet et veillera à l'exécution des prescriptions.

Je m'inquiète donc d'un local pour abriter les premiers débarqués dont j'ignore le nombre. Le buffet est pris par la popotte des officiers et sert en outre de débit pour les voyageurs. A cette heure de désœuvrement, les hommes de garde y lutinent les servantes. Mais l'exaltation patriotique de la journée actuelle enlève toute sincérité à ces galanteries d'ordre surtout tactile, puisqu'on ne peut se comprendre entre soi par la parole. La complaisance des filles pour l'envahisseur n'est que de la soumission, ses taquineries à lui, qui va peut-être dans un instant recevoir l'ordre de recommencer la guerre, ne sont pas exemptes d'un peu de cruauté. Des lueurs de révolte brillent parfois dans les yeux féminins, alors les grosses pattes viriles qui rôdaient autour des corsages ont des pincements convulsifs, presque méchants.

Les autres pièces sont occupées par le corps de garde

©BIUM

on par les employés du chemin de fer badois. Dans l'intervalle du passage des trains, ils n'ont guère de travail. Aussi les voit-on, immobiles et muets, suivre de profondes et mélancoliques rêveries. Ils ne sortent d'eux-mêmes que sous le choc donné à leur mentalité de sous-officiers boches par l'absence de formalisme des menus incidents de la vie militaire française. Voir deux sentinelles se relever en échangeant une gaudriole, entendre de simples soldats plaisanter avec les officiers, voilà de brutales secousses qui les rappellent à la réalité, et à une réalité pire que les plus pessimistes imaginations. Car comment admettre qu'avec des mœurs aussi indisciplinées, une armée ait pu vaincre? Comment se peut-il que malgré toute leur science du pas de l'oie et malgré toute leur religion envers leurs seigneurs de la guerre, eux-mêmes n'aient pas pu empêcher ces welches de leur imposer chez eux l'exemple déplorable de tant de légèreté !

Avisant enfin à l'extrémité du bâtiment central un vaste passage couvert, clos de toute part, avec poste d'eau et toilette, je propose à l'officier de l'occuper. Il m'y autorise. Je fais apporter des bancs par les soldats et j'attends le train d'Appenweiler. Il arrive à l'heure fixée, apportant une quarantaine de malades venant de Wieslochet de Reichenau, conduites par une dizaine d'infirmières. Je les fais débarquer et conduire dans mon infirmerie de fortune. Elles s'y installent avec empressement et donnent libre cours à leur joie de quitter l'Allemagne. Plusieurs sont conscientes et expriment toute leur satisfaction à avoir affaire dorénavant à des Français. Comme il leur faudra rester ici longtemps et qu'elles ont épuisé les provisions de route, nous leur faisons servir une collation. Le chocolat, qu'elles n'avaient pas goûté pendant tout leur exil, est accueilli avec enthousiasme et les gardiennes badoises n'en

©BIUM

croient pas leurs oreilles quand on leur dit qu'elles peuvent en prendre. Elles obéissent avec zèle et se répandent en anecdotes sur la cherté de la vie dans leur pays.

Mais ces manifestations d'allégresse sont interrompues soudain par l'irruption d'un individu mal caché sous une veste grossière et des pantalons trop larges, au nez gras et mou chaussé d'un binocle que retient sur l'oreille un ruban noir épais et crasseux. Redressant sur ses pieds larges et plats sa taille tordue de bureaucrate, il me demande avec importance de quel droit j'occupe ainsi ce passage. — Du droit que m'a conféré le capitaine commandant, réponds-je. — Dans une gare allemande, reprend-il, il n'y a qu'un maître, le chef allemand et ici c'est moi. — Dans un pays vaincu, il n'y a pour le vainqueur que des domestiques et pas de maître. Je me repentais déjà de la méchanceté de la phrase qui venait de m'échapper, lorsque je constate au changement d'attitude de mon interlocuteur qu'elle a eu un effet magique. Il se retire en saluant. Mais l'un des poilus auxquels je traduis la conversation qui vient d'avoir lieu va en rendre compte au capitaine. Celui-ci se fait amener le chef de gare. Par curiosité je l'accompagne.

Au fur et à mesure que nous approchions du bureau il devenait plus pâle. Il flageolait en franchissant le seuil de la porte. Et pour proférer les excuses hyperboliques qui furent ses seules réponses, sa voix s'arrêtait dans sa moustache qu'il avait hirsute. Par des inflexions de tête dont son lorgnon était grotesquement secoué, il ponctuait d'acquiescements toutes les menaces de châtiments que l'officier lui annonçait pour les fautes futures. Je le suivis encore quand il regagna son cabinet situé au bout du hall que j'avais réquisitionné. Avant de le traverser il eut l'ignominie de me demander avec une

profonde révérence si je lui en donnais la permission. Il y avait un si violent contraste entre sa conduite actuelle et celle de l'instant précédent que les démentes elles-mêmes manifestèrent leur dégoût en participant aux huées qui saluèrent son départ.

*
* *

Cet incident terminé, j'allai avec mes gens de Stephansfeld pousser une reconnaissance par la ville de Kehl.

A l'autre bout de la place de la Gare commence la rue principale. Son animation, en réalité très réduite, paraissait considérable à côté de l'aspect désert des alentours de la station et des bords du Rhin. Les passants se hâtaient, étant dehors pour affaires et non pour flâner. Pas de conversations. Sur tous les visages même préoccupation douloureuse. Aussi la plupart des gens ne nous remarquèrent-ils pas. En revanche, chaque fois qu'un regard rencontra notre groupe où la présence d'une Parisienne accusait par sa mise notre nationalité, c'est la haine que nous y lisions. C'est peut-être les gros gendarmes dans leurs ridicules et bedonnantes tuniques grises à épaulettes jaunes qui avaient l'air le moins féroce. Quant aux yeux des jeunes filles apercevant la Française qui nous accompagnait, ils n'avaient absolument plus rien de l'angélique douceur que la légende attribue à la vierge teutonne. Oubliant la modeste résignation des tresses de Gretchen, leurs blondes chevelures elles-mêmes se hérissaient en crinières indociles. C'était à croire qu'Oreste se cachait parmi nous, et que nous allions avoir à subir l'assaut des Ménades. Par bonheur les rues étaient sillonnées de poilus équipés et prêts à nous défendre au premier appel.

Nous entrâmes à la poste. Les murs étaient recouverts d'affiches illustrées appelant la générosité publi-

©BIUM

que pour les prisonniers de guerre retenus encore dans les pays de l'Entente. On y voyait un grillage contre quoi s'appuyaient, coiffés de la petite casquette sans visière, des têtes que l'auteur avait voulu pitoyables et qui n'étaient que patibulaires. Nous expédiâmes pour la France quelques cartes, prouvant ainsi notre qualité de bons Français puisque nous violions le règlement de notre propre pays. Nous entrâmes dans une triste brasserie, trempâmes nos lèvres dans une mauvaise bière et revînmes bientôt vers nos malades. L'heure du dîner arriva et, très aimablement, les officiers nous invitèrent à leur popotte.

Le repas s'achevait gaîment, à notre table du moins, car les quelques Boches de la salle mastiquaient en silence, lorsqu'un sifflet strident, aussitôt suivi d'une explosion de hourras frénétiques, annonce l'arrivée d'un train de France. Ce sont des expulsés de Metz qui acclament la terre natale. Le convoi orné de feuillage s'arrête. Derrière la verdure des fenêtres on entrevoit mal la silhouette des voyageurs, de grosses lunettes, de pâles tignasses, des colis, des paquets. Des femmes portent des nourrissons. Des enfants se penchent au dehors pour voir le sol de la patrie où ils ne sont pas nés; tandis que les adultes lancent par delà le Rhin un dernier coup d'œil sur le paradis perdu.

Le spectacle de cet exode éveille une émotion de sympathie qui n'est qu'éphémère chez quiconque a vu ceux des années précédentes, ceux qui se faisaient en sens inverse, à pied et sous les obus. Pas de danger, en effet, pour ces gens dans ces wagons confortables où ils sont commodément installés. Leur mise a, d'ailleurs, le gracieux négligé dont l'élégance germanique a coutume de se parer aux jours chauds des réjouissances estivales. Les hommes sans gilet ni veste, et la chemise bâillante, livrent au vent du soir les fourrés de leur poitrine.

©BIUM

Leurs compagnes s'éventent le visage avec d'énormes mouchoirs qu'elles plongent dans leur corsage pour éponger leurs volumineux appâts. Aussi comprenons-nous l'implacable rigueur avec laquelle les pauvres gas du Nord dévasté, qui sont de garde aujourd'hui, interdisent les chants et arrachent des wagons les guirlandes de fleurs et de feuilles, guirlandes volées après tout à l'Alsace-Lorraine.

Le signal du départ est donné. Lors des premiers passages, c'était le signal des hurlements de joie et des injures à l'adresse des Français, l'impunité paraissant assurée par la mise en marche. Mais ordre fut donné de faire machine en arrière, les délinquants furent appréhendés et sévèrement punis. La nouvelle s'en répandit et, depuis, les infractions ne sont qu'exceptionnelles.

Tout au plus entend-on désormais, comme aujourd'hui, lorsque le train s'ébranle, une romance anodinement patriotique, fredonnée à mi-voix. Mais, ô stupeur ! du quai de la gare, voilà qu'une voix sardonique et rageuse s'élève, clamant dans l'allemand le plus pur et le plus guttural, des propos cinglants et gouailleurs à l'adresse du chanteur. Celui-ci interloqué reste à court. Et parmi les employés badois, comme parmi les dîneurs boches du buffet, c'est un frémissement d'épouvante. Ils se lancent d'inquiets regards, cherchant à repérer la voix fraternelle ou plutôt fratricide qui a, dans un ricanement diabolique, lancé ces paroles d'anathèmes : « Chère patrie, chère Allemagne, ah ! tu peux la chanter, mais dépêche-toi, car tu vas voir ce qui t'y attend, dans ce pays de cochons ! »

L'auteur de ce grand émoi n'est autre que l'économe de l'asile de Stephansfeld, le capitaine Ulrich, Alsacien de naissance, ancien soldat de la légion étrangère, chevalier de la Légion d'honneur, médaillé militaire, titu-

©BIUM

laire de trois autres décorations, il a fait vaillamment campagne et commandait à la fin de la guerre un camp de prisonniers boches dont il assure que ceux-ci garderont un ineffaçable souvenir.

*
* *

Le tumulte soulevé par cette imprécation n'était pas dissipé que notre deuxième convoi arrive avec les 190 aliénés annoncés. Nous nous hâtons le long des wagons, d'où personne ne descend, réclamant le médecin. Des infirmières penchées aux plates-formes nous indiquent un compartiment à la portière duquel nos cris et nos coups finissent par faire surgir la tête affolée d'un homme de trente ans environ. Roulant des yeux anxieux sur la longue solitude du trottoir il ne se décide qu'avec peine à descendre de son refuge. Timide dans sa petite taille qu'un long manteau beige enveloppe, serrant sous son bras gauche un gros carnet de commis-voyageur, son chapeau marron dans la main droite, il nous avoue confidentiellement qu'il est le Dr Röhl, de Wernecke, et n'a la charge que des seuls malades venant de cet asile. Nous le prions de nous attendre et nous continuons notre course à la recherche des autres chefs de transfert. Ils sont tous infirmiers ou infirmières, sauf deux médecins.

La face amaigrie et nerveuse du premier de ceux-ci nous guettait de loin à une fenêtre. Quand nous sommes à son niveau, il descend lestement, se présente rapidement et très poliment : Dr Weissenhorn, de Pforzheim; en un clin d'œil il nous a exposé ce qu'il a à nous dire sur ses malades.

Il terminait ses explications, lorsqu'un nouvel arrivant à la lourde stature nous aborde. Avec une lenteur aisée il découvre sa chevelure drue et grise ; sans raideur ni excès il incline sa large face colorée, au regard

©BIUM

paisible et bleu. Même sans la balafre profonde qui lui laboure le visage, la race dont il est issu se révèle au travers de toute sa massive personne, vêtue de gris depuis le feutre du chapeau jusqu'à la tige des chaussures. C'est bien un Germain que j'ai devant moi, mais, à part la sauvage cicatrice qui la stigmatise, je ne trouve sur cette figure aucun des caractères antipathiques de celles qui lui ressemblent.

Pendant tout le transfert, sa conduite sera exempte de reproche. Au travers de la fumée de cigare que ses lèvres minces et rasées lancent dans la nuit, il observe sans malveillance les manœuvres d'embarquement et de débarquement. Pour répondre aux questions, il interrompt sa pesante promenade, et avec amabilité, mais sans obséquiosité, donne le renseignement désiré. Parfois, pour lire sur la feuille dont il est porteur, il s'applique devant les yeux, qu'il a un peu gros, le verre d'un lorgnon, et ce geste de presbyte n'est pas exempt de bonhomie. Ce teuton, sans morgue ni platitude, est le Dr Schultess, d'Illenau, Obermedizinalrat ainsi que me l'apprirent les malades qui gardent de lui un bon souvenir.

Je rassemble alors les autres chefs de détachement, les emmène au bureau du commissaire où a lieu la transmission des dossiers et la vérification de l'identité du personnel allemand. On hisse en voiture les gens arrivés l'après-midi, les 30 hommes d'escorte se répartissent dans les wagons, le lieutenant qui les commande monte à côté de moi, et la machine, franchissant à une allure de tortue les quelques kilomètres du trajet, nous dépose à minuit en gare de Stephansfeld.

Comme il n'y a pas de voie de garage, il faut livrer passage le plus rapidement possible aux innombrables trains sillonnant la ligne. Des ordres formels interdisent aux gardiens allemands de sortir de voiture,

©BIUM

d'ailleurs nous n'aurions pas le temps de faire un triage avec leur collaboration. Par bonheur la nuit est d'une sérénité absolue. Médecins, infirmiers et sœurs de l'asile sont sur le quai. Les malades conscients dans leur joie de retrouver le sol natal se débrouillent d'eux-mêmes ; les autres sont d'une docilité incroyable. Est-ce l'influence sédative de l'averse odorante que les tilleuls touffus répandent à profusion sur notre manœuvre nocturne? est-ce simplement le fait de l'heureux naturel alsacien lent à s'agiter? toujours est-il que la procession ténébreuse de ces 236 aliénés se rendant dans des quartiers nouveaux pour eux se déroula dans l'ordre le plus parfait et avec un silence que seules interrompirent les roulades du rossignol.

En moins d'une heure, hommes, femmes et colis, tout était débarqué, et le train roulant en sens inverse remportait vers la frontière le personnel d'Outre-Rhin. Une dernière fois, entre deux bouffées de son éternel cigare, la lourde et rêveuse silhouette de l'Obermedizinalrat Schultess nous apparut. Dans l'obscurité du compartiment mal éclairé, l'ascétique visage du Dr Weissenhorn semblait plus blafard que nature. Et c'est dans un frisson qui le secouait d'allégresse que le grêle fantôme du jeune médecin Röhl, miraculeusement échappé aux horribles dangers de sa mission en France, s'évanouit dans la nuit.

Quant à nous, gens de Stephansfeld, le jour avait déjà depuis trop longtemps paru, lorsque notre tâche supplémentaire fut terminée, pour songer à nous coucher. Nous offrîmes notre sommeil en sacrifice à la gloire de la sage administration française.

PAUL COURBON,

Médecin en chef de l'asile d'aliénés
de Stephansfeld.

©BIUM

Pathologie

LA MÉLANCOLIE ANXIEUSE
ET SA CURABILITÉ

MÉLANCOLIE ANXIEUSE SURVENANT CHEZ UN HOMME DE QUARANTE-CINQ ANS ET SE TERMINANT PAR LA GUÉRISON APRÈS PLUS DE TREIZE ANNÉES DE DURÉE.

Par les Drs OLIVIER,
Médecin en chef à l'asile de Blois.

et TEULIÈRE.

Grâce à un heureux concours de circonstances, nous suivons depuis longtemps déjà le sujet de cette observation dont notre collègue, le Dr Marchand, avait même avant nous étudié l'état. Ce cas de mélancolie anxieuse, d'une symptomatologie presque classique, ne mériterait guère de retenir l'attention s'il ne présentait quelques particularités évolutives qui nous ont paru relativement peu fréquentes. Pour qu'on puisse mieux en juger, nous commençons par rapporter avec quelques détails cette observation elle-même :

D... (Léon-Eugène), né le 11 mai 1850, chef de bureau dans une Compagnie de chemin de fer.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien à signaler.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Né à terme, toujours bien portant. A noter cependant une légère tendance à la constipation depuis l'âge de vingt-cinq ans.

©BIUM

Marié ; a une fille bien portante, sobre ; pas de syphilis.

Employé modèle, disent ses chefs, calme, posé, exact jusqu'à la minutie, juste jusqu'au scrupule.

Conduite exemplaire, vie régulière, sans grosses émotions. N'a d'ailleurs, avant la maladie actuelle, présenté aucun trouble psychique morbide.

1895. — Atteinte grave de grippe.

Pendant la convalescence, « il est tout changé, il est très fatigué, triste, anxieux ». Il ne s'intéresse qu'à peine à son travail et à sa famille.

Juillet. — Il quitte ses fonctions. Il se croit ruiné, perdu dans l'esprit de ses chefs, incapable de faire quelque chose de bien. On le mène à Luchon où il suit, sans succès, un traitement hydrothérapique.

Novembre. — Le malade dort mal, gémit tout le temps, ne peut rester en place. Il manifeste des idées de suicide ; sa famille, effrayée, le met d'abord chez le Dr Parant, à Toulouse ; puis le 6 janvier 1900 à l'asile d'aliénés de Blois, villa Lunier.

1900, 6 janvier. — Homme de taille moyenne, amaigri, très déprimé ; sa physionomie exprime la tristesse et l'anxiété, pas de stigmates de dégénérescence, pas de signes de lésions neurologiques.

Il répond bien aux questions qu'on lui pose. Il n'a ni confusion ni désorientation ni troubles de la mémoire. « Je suis un malheureux », revient sur ses lèvres comme un éternel leitmotif. « Ma famille est perdue... je suis la cause de sa ruine... j'ai fait des choses répréhensibles... je suis un bandit... etc. » Aucun raisonnement ne peut modifier sa façon de penser. Il aime à rester isolé et à se promener seul en gémissant continuellement. Il dort mal, mais il est calme la nuit.

Février, mars, avril, mai. — Cet état d'angoisse et d'inquiétude s'est maintenu sans changement. Les bras croisés, une main soutenant le menton, la tête fléchie, les yeux baissés, le corps légèrement courbé, il marche sans cesse dans la cour ou dans les salons. Accès passagers d'anxiété survenant soit à l'occasion d'une visite, soit sans cause apparente. Il s'alimente bien.

Juin, juillet, août. — Même état. « Il y a longtemps que j'aurais dû me détruire si je n'avais pas été un lâche. » Il écrit à ses chefs pour leur demander pardon de ses fautes. Hydrothérapie.

Septembre. — Après sept jours passés chez lui, le malade

revient dans le même état. On est obligé de cesser le traitement hydrothérapique qui augmente sensiblement l'état d'énervement.

Octobre, novembre, décembre. — Depuis quelque temps, légère sédation des phénomènes anxieux. Il se plaint de bourdonnements d'oreilles. L'examen des oreilles ne révèle rien de particulier. Peut-être a-t-il des hallucinations de l'ouïe? En tout cas il est très réticent à ce sujet.

1901. — Mêmes lamentations, mêmes auto-accusations. Toujours anxieux et agité. A peine quelques périodes plus calmes dans l'année. Il a des hallucinations nettes de l'ouïe. Il se bouche les oreilles pour ne pas entendre les voix qui l'accusent. Il s'alimente toujours assez bien, mais sa tenue laisse à désirer. Dort mal.

1902. — Même état mental et physique. Toujours absorbé par ses pensées douloureuses et par ses idées d'expiation. Il ne peut tenir en place, il s'habille rapidement et très mal; il mange à la hâte pour se promener seul à grands pas rapides et en gémissant continuellement.

1903. — « Je suis le plus misérable des hommes, j'ai été injuste... je ruine ma famille... je suis une honte... je devrais me tuer... etc. », tel est le thème habituel de ses plaintes. Tentative de suicide (essai de défénestration) au cours de laquelle il a une hallucination visuelle lui représentant les supplices des suicidés dans les flammes de l'enfer.

Quelques vagues idées de persécutions, floues, qu'il n'aime d'ailleurs pas à étaler. Hallucinations auditives par intervalles.

1904. — Même état, à cela près qu'il n'a plus d'hallucinations auditives. Il écrit quelques lettres et quelques billets dont voici deux spécimens :

19 juillet 1904.

« Monsieur le Chef de l'Exploitation, depuis quelques années j'ai quitté mon emploi par suite d'une maladie qu'on pourrait appeler la terreur.

« Je me voyais menacé par toutes sortes de dangers, non seulement moi personnellement, mais aussi les deux malheureuses que vous connaissez, j'avais commis des fautes dans mon... (Inachevée).

8 décembre 1904.

« Monsieur le Chef de l'Exploitation,

« J'ai été frappé d'une terrible maladie à la suite de contra-

©BIUM

riétés relatives à un mariage (??), j'accepte l'entière responsabilité de tous les actes antérieurs à cette maladie,

Votre respectueux serviteur.

D.

Ces deux billets sont écrits correctement, proprement et sans fautes. Les lettres sont assez petites. séparées les unes des autres; les traits sont fins, non tremblés; les lignes vont en s'inclinant vers le bas de la page, de gauche à droite (il est droitier).

1905. — Au début de l'année, ces hallucinations auditives reparaissent et sont particulièrement désagréables. Même état par ailleurs.

1906. — D... ne veut plus manger, « je ne mérite pas de manger », dit-il ; on a de la peine à l'alimenter.

Comme toujours, les visites de sa famille sont des sources d'angoisse et d'anxiété.

Pendant plusieurs jours il s'accuse de nuire à sa fille, qui, sans sa maladie, pourrait faire « un si beau mariage ». Très agité, très négligé dans sa tenue. Vers la fin de l'année, diminution de l'intensité et de la fréquence des hallucinations.

1907. — Plus d'hallucinations. Idées toujours très actives d'auto-accusation, d'indignité, de déchéance absolue. S'absorbe de plus en plus dans sa douleur.

Aucun signe somatique. S'alimente toujours assez bien, dort mal.

1908. — Etat sans changement jusqu'au 28 septembre date à laquelle son gendre vient le prendre et l'emmène en désespoir de cause et à titre d'essai chez lui.

Octobre-novembre. — Le malade occupe une chambre située au-dessus de la cuisine et communiquant avec cette dernière par un escalier.

D'abord, D... s'isole d'une façon farouche; il ne veut voir personne, il ne veut parler à personne, il mange seul, il reste enfermé; il gémit et il se lamente à haute voix, il marche sans cesse comme un ours en cage.

Décembre. — Sa famille prend les repas dans la cuisine, il entend de sa chambre ce qui s'y passe et ce qu'on y dit. Il lui arrive de couper les conversations par de brèves exclamations; puis de les interrompre par quelques mots.

1909. Janvier. — Il ouvre la porte de l'escalier, puis

d'abord du seuil, ensuite des marches qu'il descend progressivement, il se mêle de plus en plus à la conversation à l'heure des repas.

Février. — Il descend dans la cuisine et mange d'abord seul, puis avec sa famille. Il prend une assez grande part à la conversation, s'intéresse aux siens, à ce qui les occupe.

Entre temps, il ne gémit plus et s'agite beaucoup moins.

Mars-avril. — Il s'attache particulièrement à sa petite-fille ; avec elle il sort, en premier lieu dans le jardin, ensuite sur la route, et enfin toujours avec elle, il circule dans le village.

Mai-juin-juillet-août. — Il s'intéresse au commerce de son gendre, le remplace quand il s'absente, s'occupe des affaires de la maison ; il n'est plus agité. Son visage s'éclaircit, il est joyeux d'être au milieu des siens. Il se rend compte que ses inquiétudes passées étaient vaines. Il récupère son activité et son exactitude d'autrefois.

La guerre survient, son gendre part aux armées, il le remplace parfaitement et avec bonheur. Les affaires prospèrent sous sa direction.

1919. — En ce moment, D... va aussi bien que possible et il n'y a plus trace chez lui de sa longue et douloureuse maladie.

Le diagnostic de l'affection mentale dont était atteint D..., sinon au début, du moins lorsque les symptômes ont été en pleine floraison, n'a pas présenté de bien grosses difficultés. Ce fond d'anxiété dominante et continue, cette douleur morale, cette ferme conviction dans ses idées de culpabilité, d'indignité et de déchéance, ces réactions et cette absence de tout signe physique, levaient tous les doutes que l'on aurait pu avoir. De même, en pareil cas, la présence d'hallucinations visuelles et auditives est un fait de constatation fréquente : de même pour les vagues idées de persécution qui, comme le disent Devaux et Logre (1), « ne sont pas rares dans les états mélancoliques ».

(1) *Les Anxieux*. Paris, 1917.

©BIUM

Nous avons donc affaire à un cas de mélancolie anxieuse, survenue à la suite d'une infection grippale. D'ailleurs, ainsi que l'anamnèse nous l'apprend, D... n'avait présenté jusqu'alors aucune trace de périodes soit d'agitation, soit de dépression dans sa vie, aucune teinte de cyclothymie. Tout au plus pourrait-on noter dans sa constitution psychique originelle, comme ébauche vague et embryonnaire d'une constitution anxieuse, ses tendances au scrupule et à la minutie.

En effet, ces dernières nuances du caractère ont été déjà signalées dans les antécédents de pareils malades, en particulier par Schüle (1), lorsqu'il décrivait sa *melancolia errabunda*, et par Kraepelin (2), lorsqu'avant la thèse de son élève Dreyfus il établissait l'étiologie de sa mélancolie d'involution.

Ce cas de mélancolie anxieuse n'aurait donc rien que de banal si l'âge de D..., la longue durée de l'affection et son évolution ne présentaient des caractères quelque peu exceptionnels. En effet, il est de notion courante que l'âge avancé du malade et que la longue durée de la maladie sont deux facteurs assombrissant singulièrement le pronostic de la mélancolie en général et de la mélancolie anxieuse en particulier. Les auteurs sont d'accord à ce sujet depuis longtemps et les passages de leurs œuvres et de leurs enseignements où ils expriment cette opinion sont nombreux.

Ainsi, vers la fin du XVII^e siècle, Stahl (3) disait déjà que l'apparition à un certain âge « de l'anxiété craintive » et de « l'angoisse morale » ne peuvent jamais « que présager un résultat funeste » ; Esquirol (4),

(1) *Traité clinique des maladies mentales*. Traduction J. Dagonet et G. Duhamel. Paris, 1885.
(2) *Psychiatrie* (7^e édition), 1903-1904.
(3) *Pathologie spéciale* Trad. Blondin, 1862.
(4) *Traité des maladies mentales*, 1838.

©BIUM

Parchappe (1), Aubanel (2) avaient constaté de leur côté que, non seulement on guérit moins « de lypémaniaques que de maniaques », mais que la durée optima de la maladie, au point de vue de la guérison, était de sept mois en moyenne. Renaudin (3) note que, « généralement, quand la maladie est ancienne, l'amélioration possible se borne à l'organisation d'une situation qui constitue l'état chronique ». Même observation de Morel (4) au sujet de son gémisseur : « La terminaison de cet état est ordinairement fatale ». Dagonet (5) affirme aussi que « le pronostic de la lypémanie anxieuse est grave ». Enfin, Calmeil (6) précise l'âge du malade le plus favorable à la guérison : « C'est entre trente et trente-cinq ans que les malades des deux sexes présentent le plus de guérisons. »

Plus près de nous, Luys (7) est d'avis qu'après « plusieurs années les malades paraissent tomber dans un état de marasme progressif ». Weygandt et Roubinovitch, Krafft-Ebing, Kraepelin partagent cette manière de voir. Anglade, tout en insistant sur la curabilité de la mélancolie en général, ajoute que la mélancolie simple guérit plus aisément et plus souvent que la mélancolie anxieuse. Il en est de même de Régis, pour qui la mélancolie a « un pronostic grave, parce qu'elle tourne facilement à l'état chronique ».

D'après Rogues de Fursac et Chaslin, la durée

(1) *Recherches sur l'encéphale*, 1838.
(2) Compte rendu de l'asile de Marseille, 1850.
(3) *Etude médico-pyschologique sur l'aliénation mentale*, 1854.
(4) *Traité des maladies mentales*, 1860, p. 714.
(5) *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*. 1862, p. 351.
(6) Art. « Lypémanie », *Dictionnaire* de Dechambre, 2e série, t. III, p. 562.
(7) *Traité clinique et pratique des maladies mentales*, 1881, p. 499.

©BIUM

moyenne de l'affection qui nous occupe est de quelques semaines à quelques mois, et Toulouse, à propos de la mélancolie sénile chez les femmes, attire l'attention sur ce point que « c'est un état sénile qui marche lentement vers la démence ». Masselon déclare qu'il est rare de voir la guérison apparaître après plusieurs années de maladie. Marchand, enfin, « estime que la mélancolie anxieuse, quand elle est continue, c'est-à-dire quand elle ne forme pas seulement un épisode passager de la mélancolie simple ou délirante, est la plus grave de toutes les formes ».

Or, chez D..., c'est en 1895, à l'âge de quarante-cinq ans, que débutent les troubles psychiques. A cette date, en effet, il a l'influenza. Pendant la convalescence, sa famille constate qu'il est changé. Dans une lettre, sa femme nous dit qu'il était « tout triste et anxieux, que rien ne pouvait le distraire ». Son activité, son énergie, son exactitude se sont peu à peu effacées et ont fait place à l'inertie, à l'indécision, au dégoût, à l'anxiété, à un profond *tædium vitæ*. Il s'isole de plus en plus dans sa sombre douleur, il ne peut rester en place, il se lamente sans répit, enfin il veut se détruire. En trois ans, en somme, tous ces symptômes se groupent, prennent du relief et acquièrent leur tonalité définitive. Au début de 1899, la maladie a atteint son complet épanouissement. Puis, pendant près de neuf années, cet état reste stationnaire, identique à lui-même, immuable. A peine, de-ci de-là, quelques phénomènes épisodiques, sans importance, viennent rompre cette uniformité et cette monotonie. Nous arrivons ainsi au début de 1909. C'est alors qu'apparaît la première lueur de mieux, l'aurore en quelque sorte de la guérison. Comme Falret père (1) l'avait déjà signalé dans les améliorations de

(1) *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, 1864, p. 343.

©BIUM

bon aloi, ce sont les sentiments affectifs et moraux de D... qui s'éveillent d'abord. Puis, c'est son intelligence qui s'illumine, son activité qui reparaît, et enfin, après quatorze ans de ténèbres, c'est sa résurrection entière dans la vie.

De pareils cas, ainsi que nous le disions, sont rares à notre connaissance. Tout au plus en avons-nous trouvé un de James Mail (1), d'une durée de onze ans, et un autre du Dr Bladford, d'une durée de treize ans, tous deux terminés par la guérison. A ce sujet, nous nous empressons d'ajouter que, par suite de la guerre et du bouleversement qui en a été la suite, notre documentation sur la période présente est des plus précaires. On voudra donc bien nous excuser si quelque oubli involontaire s'est glissé sous notre plume.

Quoi qu'il en soit, si, comme le disait récemment Delmas (2), la « mélancolie anxieuse évolue quelquefois vers la chronicité », D... se trouvait bien dans les conditions les plus favorables pour illustrer cette formule. Il semblait qu'il était voué à la chronicité ou à une déchéance presque fatale. Or, ainsi que nous venons de le voir, il n'en a rien été. Les troubles morbides ont disparu, et non seulement n'ont laissé aucune trace, mais encore n'ont pas porté la plus légère atteinte au bon fonctionnement de ses facultés intellectuelles et morales. Il a recouvré l'entrain d'autrefois et, avec une joie pleine et entière, il s'est retrempé à la vie de famille, il a repris contact avec ses anciens amis, il a continué, sans le moindre fléchissement, son *curriculum vitæ* antérieur. Il a même pu s'adapter avec bonheur à une nouvelle situation. Car enfin, c'est lui qui a pris en mains le commerce de son gendre, parti à la guerre, et

(1) *The Journal of mental Science*, Janvier 1893.
(2) Laignel-Lavastine, Barbé et Delmas. *La Pratique psychiatrique*, 1919, p. 213.

©BIUM

c'est lui qui, par une habile gestion, a amélioré la situation et a fait prospérer les affaires. Nous pouvons donc, nous semble-t-il, considérer D... comme guéri, et bien guéri.

A quoi attribuer cette guérison inespérée? Il est bien difficile de se prononcer. Mais tout au moins nous suggère-t-elle une dernière réflexion. C'est un peu malgré nos conseils que D... fut emmené par son gendre. Nous n'augurions aucun résultat favorable de cette sortie. Et voilà que, contre notre attente, c'est dans ces conditions que l'amélioration est apparue. Cette évolution se serait-elle également produite à l'asile? Nous ne le pensons pas, et nous inclinons volontiers à croire que le retour au milieu des siens, dans cette atmosphère de soins et d'affection qu'est la famille, a déclanché ce je ne sais quoi qui a décidé de cette rapide transformation. Nous nous contentons de signaler ce fait, sans vouloir le discuter; mais nous ne pouvons nous empêcher d'ajouter que Guislain (1) avait déjà posé le problème de l'internement et de la durée d'internement des mélancoliques, et que, plus récemment, Rodiet (2) se demandait si le traitement à la campagne, dans une famille, ne pourrait suffire, dans bien des cas, à mener ces malades à la guérison. Il s'agit de discerner le moment opportun pour que cette *diversion psychique* préconisée par Ant. Ritti (3), d'ailleurs en général (à la différence de beaucoup d'auteurs) enclin à l'optimisme sur le pronostic de la mélancolie anxieuse, produise son effet utile.

(1) *Traité de l'aliénation mentale*, 1826.
(2) *Un cas de mélancolie anxieuse*, 1912.
(3) Art. « Traitement de la mélancolie », in *Traité de Thérapeutique pratique*, 1913, t. IV, p. 661.

©BIUM

COMMOTIONNÉS ET HYSTÉRIQUES

CHEZ NOS ENNEMIS

ET QUELQUES OBSERVATIONS SUR LA PSYCHOLOGIE ALLEMANDE

Par le Dr André GILLES

Interne des asiles de la Seine,
Médecin aide-major.

Suite et fin (1).

Ces coups de sonde dans le psychisme germanique nous laissent entrevoir que, même lorsqu'il est bienveillant, et il lui arrive parfois de l'être, l'Allemand est dangereux. Il s'agit là de déviation psychologique plus que d'un état mental et nous devons en bonne foi conclure à sa responsabilité pleine et entière, avec préméditation. Il s'agit là aussi d'états d'âme collectifs autant qu'individuels; tout le peuple allemand au lieu de s'humaniser a cherché et a voulu l'exaltation de son égoïsme ethnique, il est l'auteur de ses perversions et, devant les crimes récents, il est difficile de savoir qui fut l'instigateur, du peuple et du Kaiser, tant ils furent solidaires dans la complicité; de la sorte, je crois, pour les avoir passablement connus, pouvoir avancer que les Allemands, foncièrement et aussi volontairement antihumains, donneront, quelles que soient les conclusions de la guerre, beaucoup de mal aux Occidentaux si ceux-ci veulent entreprendre de les civiliser ou de les mettre

(1) Voir les *Annales* de septembre 1919.

©BIUM

hors d'état de nuire. Mais ceci n'est plus ni de la médecine ni de la psychologie.

De cette esquisse sommaire où appert son déséquilibre foncier, sa propension primitive à la bestialité, son impulsion passionnelle fondamentale, nous retiendrons que l'Allemand, déjà préparé par l'accroissement récent de la vie citadine et des vices inhérents au surpeuplement des cités industrielles, était mûr pour les grands accidents mentaux que cette guerre formidable semble avoir fait éclater chez lui, plus que chez tout autre, et prêt, aussi, à tous ces actes de férocité et de bestialité où il s'est montré maître dans cette campagne.

Cette genèse des aptitudes psychopathiques du soldat allemand n'est exposée ni par le Prof. O. Sch... ni par K... et je ne soupçonne naturellement pas qu'ils aient eu conscience de quelque dégénérescence de l'âme allemande. Je prie donc qu'on veuille bien m'excuser de cette interprétation des mouvements psychologiques du « complexe mental » teuton en ce qu'elle me semble prévenir la constatation des faits tels que l'impressionnabilité au feu d'artillerie, l'hébétude bestiale qu'il imprime facilement à nos ennemis avec tout ce que ces phénomènes traduisent d'aptitudes aux troubles mentaux et aux accidents commotionnels.

Toujours est-il que contre ceux-ci les Allemands emploient l' « Ueberrumpelung », le torpillage, et que c'est K..., chef du centre neurologique de Ludwigshafen, qui l'a préconisé chez eux. Il est intéressant de constater, que là-bas comme ici, la méthode a rencontré dès le début de fortes répugnances et même de sérieuses oppositions. Le Prof. O. Sch..., qui défend la méthode K .., constate que de toutes parts on a stigmatisé d'inhumanité le procédé qui, selon ses expressions, « ne provoque en somme, pas plus de douleurs que celles qu'endure une femme en couches » (!). Ceci nous

©BIUM

laisse à supposer que les neurologistes allemands doivent faire du colossal dans le genre et qu'en tous cas ils n'y vont pas de main morte. Voici les conclusions auxquelles aboutit Sch... dans un article du 19 septembre 1916 (*Münch. Med. Woch.*).

Les méthodes ordinaires de traitement des « troubles moteurs hystériques » se sont montrées impuissantes alors que le torpillage agissait. Parmi les malades de cette catégorie traités dans son service de janvier 1915 à juillet 1916, 40 p. 100 furent recouvrés pour le service, 40 p. 100 restèrent inaptes et 20 p. 100 durent être évacués sur d'autres hôpitaux ou asiles. Avant d'employer la « méthode », il utilisait la cure d'air en montagne, dans une atmosphère paisible, alimentation soignée, alitement, douceur, méconnaissance systématique des symptômes, calmants et hypnotiques. Sur 54 cas ainsi traités, il ne note que 4 améliorations ou guérisons. La moyenne du séjour à l'hôpital pour troubles fonctionnels hystériques est d'après lui de 33 semaines par sujet en Allemagne. Plus tard, il note que, grâce à l'électrisation, il a amélioré ses moyennes jusqu'à 13 succès sur 15 cas traités.

Quant à K..., il définit sa méthode, qui apparaît ainsi sensiblement la même que celle que nous utilisons en France, comme suit : un système combiné de suggestion et de shocks électriques douloureux, et il ajoute, dont il fait subir les effets « drastiques « à un sujet assis. Il constate dans tous les autres hôpitaux militaires l'échec des diverses méthodes de suggestion couramment employées et signale que le procédé du torpillage demande moins de connaissances particulières au praticien que l'hypnose contre laquelle le patient peut se défendre, alors que l'« Ueberrumpelung » ne lui laisse pas de choix. Contre ces accidents qui sont les mêmes que ceux de cet ordre déjà observés en temps de paix,

©BIUM

mais dont la guerre a provoqué des manifestations innombrables et « hors de toute proportion », il rejette toute autre méthode que le torpillage et définit son procédé dans les quatre principes suivants :

1° Suggestion préliminaire consistant non seulement dans l'emploi des moyens usuels, mais aussi due en grande part à l'atmosphère d'un service où les sujets ont sous les yeux l'exemple constant de nombreuses cures. Cette notion est inculquée au patient que, bien que le traitement sera douloureux, il est nécessaire, car la cure sera immanquable et définitive.

2° Shocks électriques puissants aidés de vigoureuses admonestations verbales.

Il emploie « le courant sinusoïdal d'un pantostat » qui doit être préféré au courant faradique. Le courant galvanique peut lui être combiné lorsqu'il y a manifestation d'anesthésie hystérique.

3° Contention du sujet dans une atmosphère de très stricte discipline militaire. Dès le moment de son entrée dans le service, l'esprit du sujet doit être empreint de l'obéissance passive et irraisonnée la plus absolue.

4° Il faut à l'opérateur une « grande maîtrise » (!) et beaucoup de perspicacité. Il se peut qu'il faille opérer « plusieurs heures » (!) avant d'obtenir le résultat, mais avec de la patience, la pression de toute la volonté du médecin, le succès ne peut manquer.

D'autre part, dans les *Münch. Med. Woch.* qui se sont beaucoup occupés de ces questions dans le numéro du 30 mai 1916, ce même K... nous donne les indications et contre-indications suivantes : le système n'est applicable qu'a des cas ambulatoires ; dans les cas légers, précocement traités, il est inutile. Ceci est à l'inverse des opinions françaises. Il est, ajoute-t-il, contre-indiqué chez les sujets qui viennent de subir un traitement psychothérapique prolongé ; il est à rejeter chez ceux atteints

©BIUM

conjointement de neurasthénie aiguë. Il garde après guérison le malade quelques semaines dans le service pour éviter des rechutes. Le sujet même guéri, pour l'Allemand, n'est plus apte au service actif et il doute même qu'il soit encore capable de service de place.

Ainsi donc, si nous avons la méthode Vincent, qui a valu de nombreuses cures à tant d'hystériques, les Allemands ont l' « Ueberrumpelung » qui, dans ses grandes lignes, est entièrement pareille à notre cure électrique, quoique je la soupçonne plus brutale d'après leurs descriptions. Elle est à coup sûr plus douloureuse que la simple électrisation avec un courant moyen, mais à interruption lente, qui nous a personnellement presque toujours réussi et à laquelle, peut-être même, le terme d'électro-suggestion conviendrait mieux que celui de torpillage, l'élément psychothérapique y entrant pour autant, si ce n'est plus, dans le traitement que le shock électrique. D'ailleurs, la méthode a toujours été employée en France avec une grande prudence et, à l'encontre de ce qui semble se passer ailleurs, tous les opérateurs semblent s'être attachés à ne l'appliquer qu'aux malades qui devaient bénéficier de ses effets, c'est-à-dire non pas les émotionnels simples, les psychiques purs, mais les commotionnés fonctionnels. Je crois que c'est grâce à cette prudence même et à l'opportunité réfléchie de son application que les statistiques de récupération semblent supérieures dans notre armée. Tout compte fait de la fragilité des sujets qui ont été une fois éprouvés, et de la fixation des cas trop tardivement traités, il y a eu dans l'armée française de très nombreuses et utiles récupérations, que nous devons à l'instigateur du traitement, le Dr Clovis Vincent. Les services qu'il a rendus à tant de malades et à l'armée même annihilent les attaques dont il a été injustement l'objet. Il est courageux, le promoteur d'un traitement sévère mais

©BIUM

nécessaire et utile ; il l'est avec le même courage qui le faisait monter avec les premières vagues d'infanterie à l'assaut de Vauquois, impassible, la canne à la main, stimulant les hommes par sa calme intrépidité. Les combattants de l'Argonne n'ont pas perdu ce souvenir.

En résumé, le traitement préconisé chez nos ennemis est le même que celui qui a donné chez nous tant d'excellents résultats ; mais les idées allemandes au sujet des cas auxquels s'applique ce traitement au moment même de l'intervention et les conclusions au sujet des conséquences militaires qui entraînent de tels troubles, diffèrent très sensiblement des nôtres. Il nous semble, d'après les quelques textes, voir chez eux non seulement presque une incertitude quant à la nature même de ces troubles, mais aussi une méconnaissance des divers degrés que comportent ces cas. Mais je crois inopportun, tout autant que déplacé, d'entrer dans une discussion, et au fond toutes ces divergences nous enchantent si elles prouvent que l'ennemi fait fausse route.

Pour manquer d'idées générales sur la question, les Allemands empreints de l'esprit « methodisch » n'en ont pas moins fait de copieuses statistiques. On sait ce que vaut une statistique allemande ; étant donnée la mentalité germanique, qui asservit la probité à l'obédience, à l'ambition impérialiste, elle ne peut être que tendancieuse : un chiffon de papier à renier s'il gêne, sur lequel appuyer ses prétentions s'il les sert. Cependant dans une rage un peu comique à être « objectifs » à tout prix, K... et Sch... se sont mêlés de savoir ce que coûtait à la « grande Allemagne » les adversaires de leur méthode et l'un et l'autre arrivent aux chiffres suivants : 100 incurables par corps d'armée et par an, chacun coûtant 500 marks à l'État, ceci donne un total de 1.250.000 marks. Sch... insiste, démontre ce que chaque médecin peut économiser à la

©BIUM

nation et fait un patriotique appel à tous les neurologistes de Teutonie.

Il n'y a dans l'application de l'électricité à la cure des troubles hystériques rien qui n'ait été déjà fait avant la guerre. Ce qui fait actuellement la caractéristique du procédé, c'est son emploi à plus hautes doses peut-être et dans des cas que les occasions de la guerre font très nombreux. Si la sinistrose est déjà vieille dans l'histoire des psychopathies, la psychonévrose de guerre est un fait récent, et partant, son traitement. Comme me l'écrit mon maître P. Juquelier qui a partagé avec M. Clovis Vincent le Centre de neurologie de la IX^e^ région : « Nul en France n'a la prétention d'avoir inventé ni l'électricité ni la méthode de suggestion impérative propre à faire disparaître les phénomènes hystériques. Mais l'Allemand ne me paraît pas avoir inventé non plus, en 1903, l'application du courant galvanique dans un but de suggestion forte à toute une série d'accidents pithiatiques résultant de faits de guerre et qu'il fallait d'abord, ce qui était difficile à cause de leur caractère inattendu, attribuer au pithiatisme. »

Rien n'a donc été inventé à ce sujet, pas plus en Allemagne qu'en France d'ailleurs ; mais il me semble bien, à les lire, que les Allemands s'attribuent à eux seuls la paternité de cette méthode et, K..., arguant de cures opérées en 1903, alors qu'il était assistant de E..., en revendique même la priorité. Être à l'affût de tout ce qui se fait à l'étranger, avoir des gens uniquement occupés à ce service spécial de renseignements, à en classer les résultats dans le « compendium » facile à consulter, puis ensuite démarquer l'idée ou le procédé pour en attribuer le mérite à la seule science allemande, voilà bien tout l'art de leur science. Ils ont raison de toujours l'appeler science « allemande », car elle n'est évidemment plus la science, mais un laboratoire de Kul-

©BIUM

tur, un service auxiliaire de l'armée qui s'apprêtait à massacrer pour réaliser les conceptions délirantes de tout un peuple contagionné de mégalomanie, « Deutschland über alles ». Nous avons cependant malheureusement dû reconnaître en France, pour en avoir souvent pâti, que cette science allemande, telle elle était, en imposait à l'étranger. Lorsqu'elle manquait de conceptions originales, l'excellence d'un travail de seconde main et de minutie tenace lui donnait avec la méthode, la discipline, l'organisation caporalisée des recherches, une apparence de probité qui séduisait l'étranger et lui cachait l'imposture ; on lui laissait croire à la profondeur là où il y avait confusion. Néanmoins, à parcourir les publications scandinaves, hollandaises ou anglo-saxonnes qu'elles fussent américaines ou anglaises, et dans lesquelles je m'égarais de temps en temps, il m'était donné aisément, comme à tant d'autres plus autorisés, de constater cette emprise de la Kultur ; ceci comportait la relation et la citation exclusive d'ouvrages allemands et une méconnaissance absolue, qui frisait le mépris, de l'effort français. Avons-nous gagné depuis lors? Hélas, aujourd'hui encore, il m'est donné de voir, à propos du traitement électrique des troubles fonctionnels hystériques, que la revue anglaise *British medical Journal*, dans un article, très succinct d'ailleurs, où elle semble désavouer le procédé comme contraire à l'esprit anglais, ne signale de cette méthode que ce qui en a été appliqué en Autriche et en Allemagne ; elle ignore totalement Vincent et les résultats français. A côté de l'alliance des armes, il y aurait encore de grands progrès à faire dans l'entente plus complète de la pensée, et je me permets de signaler à ce sujet l'idée qu'émettait un chirurgien de mes amis, Australien qui s'est volontairement engagé dans notre armée, le Prof. Reginald Davies (de Melbourne), d'un échange confraternel

©BIUM

dans la mesure du possible — n'exigeant peut-être guère plus que la connaissance de la langue — de praticiens des deux pays dans les formations hospitalières. Les effets en seraient assurément féconds, car les Anglais, si proches de nous par tant de côtés, nous ignorent tant cependant par ailleurs, témoin ce fait que, descendu chez un professeur de chimie en Angleterre, je constatais qu'il était imbu de noms allemands et, bien que très cordial ami de la France, connaissait à peine les noms de Lavoisier et de Gay-Lussac.

Nos amis anglais font cependant dès à présent de louables efforts pour dégager la science médicale de l'étreinte germanique et je trouve caractéristique de ce nouvel esprit cette proposition d'un aliéniste anglais, Dr Stephens, dans le *Journal of Mental Science*, de rejeter le nom de réaction de Wassermann pour adopter celui de réaction de Bordet-Gengou. Il fait un long plaidoyer de priorité en faveur de Bordet et Gengou, ce qui semble témoigner d'une fâcheuse ignorance chez nos confrères britanniques des mérites des deux savants belges. Mais, malheureusement à mon sens, dépassant sa première suggestion, il va jusqu'à préconiser l'appellation de « phénomène de la fixation et de la déviation du complément dans la syphilis », et, sentant lui-même ce qu'il y a de longueurs dans cette périphrase, il conclut au néologisme « compluetic reaction » (1) qu'il forge par abréviation des radicaux de complément et de lytique ; ce terme francisé en complytique ne me semble, à tout prendre, pas très heureux. Pourquoi le Dr Stephens, qu'il faut louer de sa tentative qu'il soumet très modestement à l'approbation de ses confrères, ne s'en

(1) Il est vrai, cependant, que les Anglais appelant communément la syphilis lues, il y a là, pour eux, une similitude de consonance assez suggestive.

©BIUM

tiendrait-il pas à son premier essai, « réaction de Bordet-Gengou » ?

Voici, je le crains, bien des digressions autour de mon sujet primitif : « les commotionnés chez nos ennemis » ; mais, puisqu'il m'est permis aujourd'hui de me livrer à un simple bavardage, pourrai-je ajouter quelques détails sur la capture que fit mon régiment au début de la campagne, d'un psychiatre saxon ? Le régiment s'était emparé d'un village et de son contenu : parmi de nombreux prisonniers, deux ambulances allemandes avec leur matériel, leurs blessés, leur personnel. De la première, la plus importante, qui comportait un médecin divisionnaire, je ne dirai rien, parce que nous eûmes à y constater des choses trop monstrueuses et trop nombreuses pour que j'aie le loisir de le raconter ici, entre autres ceci, que, sous le couvert de la Croix-Rouge, elle était transformée en un nid de mitrailleuses et un dépôt d'armes et de munitions. Quant à l'autre que nous ramenâmes prisonnière dans nos lignes (ceci se passait fin août 1914), elle ne comportait que 2 voitures, 2 médecins, pas de blessés, mais pour le moins 160 brancardiers ou infirmiers. Cette disproportion entre le cadre et les effectifs nous choqua d'emblée et mon chef de service me chargea de démêler cette énigme. Par contraste avec leurs confrères de l'autre ambulance, ces deux médecins ne manifestaient aucune morgue, aucune hostilité et, ce qui soulignait le contraste, ils n'étaient même ivres ni l'un ni l'autre. Je leur demandai leurs armes et ils protestèrent aussitôt d'avoir jamais voulu s'en servir et me firent constater que leurs revolvers déchargés étaient enfouis dans leurs cantines, et l'un me dit : « Nous sommes tous deux Saxons et réservistes, mon confrère est oculiste et moi assistant de psychiatrie à Iéna, c'est sans doute d'ailleurs pour cela que l'on nous a institués d'office grands chirurgiens ! » Dans nos courtes rela-

©BIUM

tions, le psychiatre fut assez bavard. Quelque temps, il fit la sourde oreille pour me dire quels étaient ces innombrables gens à brassards qui l'accompagnaient; mais dès que je lui eus fait remarquer que je ne trouvais pas, sur son propre brassard, l'estampille, le cachet officiel de la Croix-Rouge, et que, comme nous avions des représailles à exercer pour sévices sur certains de nos confrères, il était passible d'être fusillé, cette considération le fit entrer dans la voie des révélations. Après m'avoir sorti des règlements prussiens qui prescrivaient la couture du brassard à la manche et non l'estampille, il me dit ignorer toute cette foule qui ne lui appartenait pas. Il y avait là une centaine de combattants que l'on avait désarmés pour faire office de brancardiers supplémentaires, étant donnée l'énormité des pertes subies — de fait, à cette bataille, notre artillerie leur avait détruit la presque totalité de deux divisions. Quant au reste, me dit-il, ce sont des isolés, des affolés, des crédules qui croient à cette légende, que répandent leurs officiers, que vos soldats massacrent les prisonniers. Au demeurant, il se chargeait de faire l'appel des hommes de sa formation : ce qu'il fit, et dans une proportion qui nous sembla garante de sa sincérité, car il n'appela qu'une douzaine d'hommes, chez qui je constatai d'ailleurs la présence du caducée sur la manche de la tunique. Et il conclut en me disant : « Si vous relâchez les sanitaires, gardez prisonniers tous ces gens, c'est un service que vous leur rendrez, au moins ceux-là ne se feront pas tuer! » A tout prendre, mon psychiatre saxon n'était qu'à moitié « boche »; mais comme je le voyais réjoui plus que de mesure après la défaite sanglante que venait de remporter son armée, je ne pus m'empêcher de lui demander la cause de sa satisfaction. « C'est, répondit-il, que vaincus sur ce point, nous sommes vainqueurs sur toute la ligne; un

©BIUM

sans-fil du matin même nous a annoncé l'écrasement total de l'armée française à Charleroi. » Comme je l'engageais à mesurer ses termes, il ajouta : « Oui, mais ce n'est là qu'un incident de la grande guerre. Français, Anglais, Russes, vous êtes trop, l'affaire est ratée et je sais qu'à la fin nous ne pourrons pas être vainqueurs. » Qu'il ait été sincère ou qu'il se fût aplati par peur, dans les tristes heures de la débâcle, alors que portés vers le Nord nous couvrions la retraite des troupes qui descendaient de Belgique, le souvenir de ces paroles m'a souvent fortifié dans ma foi au rétablissement prochain de notre fortune. Somme toute, s'il exprima vraiment sa pensée, le psychiatre saxon sera, dès août 1914, un des rares Allemands qui auront vu clair ; de toute façon, il aura dit vrai.

15 octobre 1917.

©BIUM

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 JUILLET 1919.

Présidence de M. SEMELAIGNE, ancien président.

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

MM. Wimmer, membre associé étranger, Albès, Beaussart, Ducosté, Levassort et Mignard, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, demandant à la Société de lui désigner le nom de ceux de ses membres qui désireraient être appelés officiellement à participer, en 1920, aux travaux de la *Réunion neurologique annuelle interalliée* qui est prévue pour juin ou juillet 1920.

La Société délègue MM. Briand, René Charpentier, Henri Colin et Roubinovitch ;

2° Des lettres de MM. Dupain et Mallet qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

3° Des lettres de MM. Delmas et Dupouy qui remercient la Société de leur élection de membres titulaires ;

4° Une lettre de M. Renault d'Allonnes qui remercie la Société de son élection de membre correspondant.

La correspondance imprimée comprend le n° 2 de *Psychobiology*, périodique de John Hopkins University, Baltimore.

Rapport de candidature.

M. André Collin, au nom d'une commission composée de MM. Arnaud, Briand et André Collin, rapporteur, présente le rapport suivant sur la candidature de

©BIUM

M. le Dr Boudon au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

« C'est avec un grand plaisir que j'accepte la tâche qu'a bien voulu me confier M. le Dr Ritti, secrétaire de notre Société, et que je donne sur les différents travaux de M. Boudon une estimation fort élogieuse facile à motiver.

« Qu'il me soit permis de dire que M. le Dr Boudon, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique à la Faculté à la chaire de notre regretté maître Gilbert Ballet dont il était fort apprécié, est, par surcroît, un confrère parfaitement courtois, et un médecin apportant dans l'exercice de ses fonctions tout le tact et toute la patiente finesse nécessaires.

« Ses titres militaires sont les suivants :

« Mobilisé le 25 septembre 1914, il est bientôt chargé des expertises médico-légales du conseil de guerre de la XVe région. Envoyé à l'armée d'Orient, du 13 juillet 1916 au 1er avril 1918, il est affecté successivement à l'ambulance coloniale d'une colonne mobile, puis au 3e régiment d'infanterie coloniale, puis à l'hôpital temporaire n° 9. Revenu en France, il est affecté au centre psychiatrique de la XVe, puis de la XVIIe région, et au gouvernement militaire de Paris, centre de psychiatrie du Val-de-Grâce.

« Ses titres scientifiques sont variés et chacun d'eux témoigne d'un souci très louable de décrire les faits observés avec conscience et méthode.

« Etant interne aux Enfants, il publie, avec son maître le Dr Barbier, des recherches sur la tuberculose des enfants hospitalisés, une statistique de quatre années au pavillon de la diphtérie et, avec le professeur Tissier, il étudie la méningite cérébro-spinale à streptocoque au cours de la scarlatine.

« En collaboration avec le Dr Laignel-Lavastine, il s'adonne à l'étude de l'anatomie pathologique du système nerveux et, dans leurs publications, il y a lieu de retenir plus particulièrement un cas de paralysie alterné par hémorragie protubérantielle; un cas de myasthénie grave d'Erb Goldflamme; l'étude d'un épithélioma cylindrique de l'hémisphère cérébelleux droit secondaire à un cancer du rectum.

©BIUM

« Sa thèse sur la myasthénie grave (1909) comporte une excellente étude clinique et une étude pathogénique très critique à la suite de laquelle il indique l'intérêt qu'il y a à étudier les rapports de la myasthénie grave avec le fonctionnement imparfait des glandes closes et les essais encourageants de la thérapeutique opothérapique, qui permettent de penser qu'un agent toxique exerce directement son action sur le système nerveux.

« Les publications psychiatriques du Dr Boudon nous montrent qu'il a étudié avec soin et compétence ses malades, et qu'il a eu le souci, surtout, de décrire, avec précision, l'affection dont ils étaient atteints, sans faire montre d'aucun parti pris systématique de classification.

« C'est ainsi qu'après d'excellentes observations publiées sur les délires spirites, sur deux cas de délire de persécution à forme démonomaniaque développé chez des débiles, etc., etc., il étudie de plus près les démences et relate le cas d'une démence partielle qui évolue en trois phases nettes, avec une première période insidieuse, une seconde période de troubles diffus de l'intelligence avec gâtisme et désorientation, et une troisième période durant laquelle se limite le déficit intellectuel et où dominent l'agnosie et l'aphasie.

« L'étude faite avec Delmas, d'une jeune fille atteinte de démence hébéphréno-catatonique qui présenta une paralysie passagère, lui permet de justifier le parallèle que l'on tente d'établir entre les démences épithéliales et les démences paralytiques.

« Nous laissons de côté nombre d'autres publications intéressantes et qui présentent toutes le même caractère d'avoir été soigneusement étudiées avant d'être publiées et nous espérons que la Société voudra bien être de notre avis et considérer que l'élection du Dr Boudon au titre de membre correspondant sera parfaitement justifiée par l'utile collaboration que ce savant confrère pourra apporter aux travaux de la Société médico-psychologique. »

M. le Dr Boudon, conformément aux conclusions de ce rapport, est élu membre correspondant, à l'unanimité des membres présents.

©BIUM

Agression violente d'un aliéné contre M. H. Colin.

M. LE PRÉSIDENT. — Depuis notre dernière séance, notre collègue, M. Henri Colin, a été frappé dans la rue par un ancien malade de son service. Nous sommes heureux que cette agression n'ait pas eu de conséquences graves, et nous assurons M. Colin de toute notre sympathie.

M. HENRI COLIN. — Je remercie bien vivement M. le Président des paroles aimables qu'il vient de prononcer à mon adresse et tous mes collègues de la sympathie qu'ils m'ont témoignée à l'occasion de cet incident.

Je profite de l'occasion pour émettre le vœu qu'à l'avenir, avant de mettre en liberté un malade dont la sortie a été refusée dans un autre asile, nos collègues veuillent bien lire avec attention les certificats antérieurs, puisque, malheureusement, nous n'avons pu obtenir jusqu'à présent la création du livret individuel, réclamé depuis si longtemps et qui devra suivre le malade lorsqu'il sera transféré d'un asile à un autre.

Je ne veux pas insister sur le fait actuel ; je me bornerai à faire remarquer que j'avais toujours refusé la mise en liberté du malade, malgré les sollicitations pressantes et répétées de sa famille, malgré des interventions multiples, et cela parce que je le considérais comme extrêmement dangereux.

A l'armée, il est allé jusqu'à prendre son fusil, mettre une balle dedans et menacer ses camarades de s'en servir « si le bateau continue ». Dans mon service, il se livrait continuellement à des actes de violence, sous l'influence de ses idées délirantes. « J'en attraperai un, disait-il, je lui ferai son affaire. » Il a été proposé pour la réforme avec le certificat suivant : « Dégénérescence mentale avec idées de persécutions, illusions, obsessions, interprétations délirantes. Ce malade est dangereux et susceptible de réagir d'une façon violente sous l'influence du délire. » (H. Colin.)

Sa famille insistant pour le faire sortir, je rédigeai un certificat ainsi conçu : « Délire de persécution basé sur des interprétations délirantes. Réactions violentes

sous l'influence du délire. La famille de ce malade réclame continuellement sa sortie ; je suis d'avis que son maintien dans une maison de santé est nécessaire. Il conviendrait de le faire examiner par un médecin expert. » (H. Colin.)

Enfin voici le contenu du certificat de transfèrement à la maison de santé de Ville-Evrard:

« Délire de persécution basé sur des interprétations délirantes. Troubles de la sensibilité générale. Réactions violentes sous l'influence du délire. Peut être transféré. » (H. Colin.)

La famille avait sollicité le transfèrement afin d'obtenir plus facilement la mise en liberté que j'avais constamment refusée.

Un cas de sinistrose,

par M. J. EISSEN, médecin de l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin).

A l'occasion d'une expertise demandée par une Compagnie d'assurances, il nous a été donné d'étudier un dossier et d'examiner un malade qui nous a paru intéressant, à cause de la progression des symptômes qu'il accuse et des avis différents émis sur son cas.

Nous en donnons ci-dessous une observation quelque peu détaillée.

Th... (Michel), né à Strasbourg le 6 juillet 1870, exerçait depuis 1894 la profession de cocher livreur dans une maison de produits coloniaux, sans avoir, durant un seul jour, interrompu son service, comme en fait foi un certificat de ses patrons. Le 5 août 1903, conduisant une voiture de livraison, il est, dans un accident, précipité de son siège et se blesse à l'épaule droite et à l'œil. L'incapacité de travail ne fut que de sept jours et il reprit ses occupations sans que l'on ait constaté le moindre malaise chez lui jusqu'au 1er mars 1906.

A ce moment, il quitte la maison qui l'employait et nous le retrouvons le 30 juillet 1908 à la clinique psychiatrique de Strasbourg où il est soigné pour des crises épileptiques.

Il s'adresse alors à une Compagnie d'assurances pour obtenir une pension. La Compagnie demande un avis médical et le Pr Wollenberg conclut à une relation de cause à effet entre l'accident et les crises, mai se défend d'avoir, comme le sug-

©BIUM

gérait la Compagnie, attiré l'attention du malade sur ce point. Ce qui ne veut pas dire que d'autres malades ou des infirmiers n'aient pu le faire.

La Compagnie d'assurances, s'étonnant du long intervalle libre entre l'accident et la maladie, T..., qui jusque-là ne s'était jamais plaint, répond que depuis longtemps il ressentait des maux de tête, mais n'y attachait pas d'importance, et ce n'est que parce qu'il ne voit pas d'autre cause à son mal comitial qu'il a pensé à l'accident.

La Compagnie demande une nouvelle expertise évaluant le taux de l'incapacité.

Le rapport médical est intéressant, car il nous montre la maladie se compliquant peu à peu : aux maux de tête s'ajoutent maintenant des faiblesses, des étourdissements qui déjà avant l'apparition des crises, obligeaient T.,. à descendre de son siège pour ne pas en tomber. De même, depuis 1904, il aurait déjà remarqué une certaine intolérance pour l'alcool et le tabac. Son caractère aurait également changé, il serait devenu irritable, aurait eu des sautes d'humeur brusques. L'examen physique ne révèle rien de particulier.

Tout en attirant l'attention sur la tendance qu'avait T... à exagérer son état et ses doléances, le rapport conclut à une incapacité de 25 p. 100.

T... refuse, estimant l'évaluation insuffisante, et attaque la Compagnie. Nouvelle expertise. Dans le rapport une crise épileptique est nettement décrite.

Les expertises et contre-expertises se succèdent et se confirment l'une l'autre. Entre temps, T... a porté sa demande à 60 à 70 p. 100 d'incapacité et dans ses lettres insiste sur ce fait que sa maladie est une conséquence directe (le mot est souligné) de son accident.

Nouvelle expertise en 1911. Les crises ont augmenté de fréquence ; T... s'est préoccupé, après chacune d'elles, de recueillir les témoignages des voisins, de se faire délivrer des certificats médicaux. L'expert conclut à une incapacité de 50 p. 100.

La Compagnie d'assurances s'adresse à ce moment à la police pour avoir des renseignements sur T... en dehors des périodes où il est soumis à un examen médical.

T... est représenté dans le rapport du commissaire de police comme ayant eu, étant ivre, de fréquents démêlés avec les agents, il a été même à plusieurs reprises conduit au poste, mais a mis sur le compte de son épilepsie les actes dont il valait mieux pour lui ne pas avoir gardé le souvenir.

Dans ce rapport, il y a un point particulièrement intéressant. T... aurait dit à un voisin que lorsqu'il devait aller à la clinique

©BIUM

psychiatrique pour une expertise, il avait soin, la veille au soir, de boire un bon coup pour être sûr d'avoir une crise à la clinique.

Nous sommes maintenant au 22 juin 1911, T... adresse une nouvelle lettre à la Compagnie d'assurances ; non seulement l'accident est la cause directe, mais c'est maintenant la cause unique de sa maladie.

Entre temps, il touche une rente de 50 p. 100.

Le 14 avril, T... avait été amené à la clinique par ordre de la police et l'alcoolisme était notoire, aussi l'incapacité est-elle ramenée à 35 p. 100. T... n'accepte pas cette diminution : « Les crises sont plus rares, c'est vrai, mais beaucoup plus fortes. Après chacune d'elles je suis obligé de garder le lit et je suis totalement invalide (2 mots soulignés) ». A défaut de mieux, il demande le maintien des 50 p. 100. Le 20 juin 1913, alors qu'il est en traitement à l'asile de Stephansfeld, il demande le 100 p. 100.

Dans une expertise du 27 juillet 1913, nous lisons qu'il est imposible de faire travailler T... au jardin, il se plaignait au bout de peu de temps de bouffées de chaleur au visage, de douleurs dans les jambes et boitait. Il se plaint aussi de palpitations au moindre effort.

L'indemnité doit être de 50 p. 100.

Au mois d'octobre, se basant sur ce fait que, depuis sa sortie de Stephansfeld, il n'a pu trouver de travail, et que, « comme ses voisins pourraient en témoigner », il est obligé de se coucher souvent, il demande à nouveau 70 ou 80 p. 100.

Le 25 août 1916, la Compagnie d'assurances s'adresse au professeur de clinique psychiatrique de Fribourg-en-Brisgau, où le malade est conduit. A ce moment, T... accuse un nouveau symptôme : des morsures de la langue; d'ailleurs, à l'examen, on n'en trouvera nulle trace.

L'expert assiste à une crise, et la décrit comme une crise hystérique avec arc de cercle. Il prononce pour la première fois le mot de sinistrose (*Unfallsneurotiker*) et ramène l'indemnité à 25 p. 100.

Nouvelle expertise le 3 juillet 1917, c'est la dixième!!!

T... a essayé de travailler, mais a dû y renoncer à cause de douleurs dans les jambes qui l'obligeaient à se coucher. Son état l'inquiétait beaucoup. Au mois de mai 1917, il s'est cru persécuté: il y avait des gens qui le suivaient; quelqu'un était près de son lit pour le tuer, il le voyait tant de jour que de nuit. Il a aussi accusé sa femme d'être cause de la présence de cet homme. Quand on lui parlait, il paraissait effrayé, sautait souvent de son lit et poursuivait à travers la chambre cet ennemi imaginaire qui, disait-il, s'asseyait sur son lit. Il aurait eu des idées de suicide. Les crises seraient devenues hebdomadaires.

©BIUM

L'indemnité, qui est de 100 p. 100 durant ses internements, doit être, quand il est dehors, de 25 p. 100.

Depuis le 22 septembre 1918, il était de nouveau à l'asile de Stephansfeld. En était sorti amélioré le 2 décembre. Mais, dès le 22 du même mois, était de nouveau interné, à la requête de la police, pour une rixe dans un café.

Les premiers jours, T... était excité, mais s'est rapidement calmé; il paraissait totalement aphone et demandait à être ramené à la clinique laryngologique, à Strasbourg; mais les infirmiers nous ont prévenu que, dans la journée, il parlait normalement. Découvert, il n'a pas insisté.

Depuis le mois de janvier, T... a eu trois crises; il s'occupe un peu dans la division de malades calmes où il est placé, mais dit ne pouvoir travailler au jardin à cause de la faiblesse de ses jambes.

T... est toujours préoccupé de son état, il demande souvent des médicaments. Souvent aussi, il demande à sortir, mais n'insiste pas outre mesure.

Ne présentant plus de crises, il sort le 22 juin, mais rentre à nouveau à Stephansfeld le 28 août. Le certificat de placement parle du changement de son caractère et de son refus de travailler. Il cherche à se procurer de l'argent de toute façon.

Il est calme depuis son entrée et n'a pas encore eu de crise comitiale.

En résumé, voici un homme qui, victime d'un accident, devient épileptique quelques années après. Voyant qu'une pension ne lui est pas refusée il n'a qu'une idée, en voir augmenter le taux, et, peu à peu, il bâtit toute une maladie, il accumule les symptômes, il en provoque l'apparition, il semble même que, parfois, il en simule certains.

Il nous paraît difficile et de faire de T... un vulgaire simulateur et de mettre son état mental sur le compte de l'épilepsie. Faisant entrer en ligne l'alcoolisme indéniable chez lui, il nous semble pourtant que le diagnostic auquel il faille s'arrêter est celui de sinistrose.

La conclusion d'une expertise, dans ce cas, ne devrait-elle pas être de fixer à 50 p. 100 la diminution de capacité de travail du fait de l'accident qui a conditionné les crises; et l'expert ne devrait-il pas déclarer qu'à moins d'une complication due à une crise il ne doit pas être donné suite aux demandes ultérieures de T..., attendu que celui-ci est un sinistrosé?

©BIUM

DISCUSSION

M. J. ROGUES DE FURSAC. — Cette observation est un exemple de la complexité des cas qui se présentent parfois en médecine légale psychiatrique et des difficultés quasi insurmontables qui peuvent surgir, quand il s'agit de discuter une relation de cause à effet entre un accident et des troubles mentaux survenus ultérieurement. Son principal intérêt réside dans le temps considérable qui s'est écoulé entre le traumatisme et l'apparition du syndrome sinistrose. Dans la sinistrose, telle que nous la connaissions jusqu'à présent, il y a entre le traumatisme et l'apparition des troubles psychiques spécifiques une relation directe : c'est au cours de la période de chômage qui suit l'accident, pendant que se débattent les questions d'incapacité et d'indemnité, que le blessé, préoccupé de son état et souvent suggestionné par l'entourage, exagère, développe, amplifie, systématise les troubles qui ont été la conséquence du traumatisme. Ici rien de semblable. La période de chômage a été réduite à quelques jours et n'a été marquée par aucun phénomène psychopathique : ni préoccupations hypocondriaques, ni appréhensions pour l'avenir, ni tendances revendicatrices. Le blessé a repris son travail et sa vie normale. C'est seulement cinq ans plus tard que le syndrome sinistrose apparaît, à l'occasion d'accès convulsifs diagnostiqués accès épileptiques et dont la cause, à en juger par les renseignements qui nous sont donnés, pourrait bien résider surtout dans les habitudes alcooliques du sujet. Il s'agit, par conséquent, d'une modalité absolument nouvelle de la sinistrose, en quelque sorte d'une *sinistrose retardée*. Je ne crois pas qu'il ait été publié de cas semblable et c'est ce qui fait l'intérêt de celui-ci.

Un autre point qui me paraît mériter particulièrement d'être relevé, c'est le suivant. On lit dans l'observation de M. Eissen que, en 1918, le taux d'incapacité était fixé à 25 p. 100 quand le sujet était en liberté et à 100 p. 100 quand il était interné. Si je comprends bien, la loi allemande permet donc de fixer deux taux d'incapacité qui seront appliqués, l'un ou l'autre, suivant

©BIUM

les conditions dans lesquelles se trouvera éventuellement le blessé. Cette disposition, lorsqu'il s'agit d'une affection à manifestations paroxystiques comme l'épilepsie, paraît assez heureuse et permet, mieux qu'une évaluation globale de l'incapacité, d'approcher d'une solution équitable. Il est parfaitement vrai qu'un épileptique, quand ses crises sont rares, peut avoir une incapacité professionnelle minime, tandis que sous l'influence d'une série de crises, cette incapacité peut devenir très considérable et même atteindre 100 p. 100, notamment si l'internement est nécessaire, ce qui était le cas ici. La distinction qui a été faite au sujet de T... est donc sage et procède d'un principe qui mérite d'être pris en considération.

M. VALLON. — Cette observation ne mérite à aucun titre le diagnostic de sinistrose. Il n'y a aucun rapport entre ces faits et la sinistrose qu'a décrite Brissaud. Ce malade est un simulateur si l'on veut, mais ce qu'il présente ne ressemble en rien à la sinistrose. S'il n'accepte pas 50 p. 100, c'est tout simplement parce qu'il veut 100 p. 100 et qu'il essaie de les obtenir.

M. J. ROGUES DE FURSAC. — Il n'est pas contestable — et j'ai pris soin de le dire — que l'observation de M. Eissen diffère absolument, par son mode d'apparition, de la sinistrose classique. Cependant il semble bien, autant que les faits relatés permettent d'en juger, que, une fois constituée, la maladie ait présenté les caractères habituels de la sinistrose et en ait réalisé l'évolution : préoccupations hypocondriaques, tendances processives, souci d'établir par tous les moyens possibles la réalité et l'importance du dommage subi, aggravation progressive des revendications formulées. T... a été pris en flagrant délit de simulation, c'est vrai. Mais il est peu probable que ce soit un simulateur pur et simple. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il passe de longs mois interné dans un asile d'aliénés. On a peine à croire qu'un vulgaire utilitaire s'impose une épreuve aussi pénible. Il préférerait vraisemblablement renoncer à une partie de ses prétentions et vivre en liberté, se contentant de l'indemnité — fort appréciable du reste dans le cas particulier — qui lui a été accordée. Il est donc permis d'admettre que, simulateur sans aucun doute, T... est

©BIUM

un simulateur partiel, ce qui s'accorderait parfaitement avec le diagnostic de sinistrose : bien des sinistrosés recourent à la simulation pour convaincre les experts et la justice, alors même qu'ils ont une foi sincère dans la légitimité de leurs revendications.

Sans doute la question d'une sinistrose retardée, pouvant apparaître plusieurs années après un accident, est trop nouvelle, trop importante au point de vue pathologique et trop grosse de conséquences médico-légales, pour qu'un seul cas suffise à la résoudre, surtout quand ce cas est aussi complexe que celui qui vient d'être exposé. Mais si elle ne la résout pas, l'observation de M. Eissen a le mérite de la poser d'une façon particulièrement nette.

Encore un mérite de l'observation de M. Eissen — d'ordre paramédical, celui-là — sur lequel je me permets d'attirer l'attention de la Société. Je crois bien que cette observation est la première qui nous vient d'un asile d'aliénés d'Alsace-Lorraine, — depuis que l'Alsace-Lorraine est redevenue française. C'est donc par la Société médico-psychologique que se renouent les relations psychiatriques entre les provinces reconquises et la mère patrie. Je suis sûr d'être l'interprète de la Société en remerciant M. Eissen de lui avoir procuré cette satisfaction et cet honneur.

Homicide par un débile délirant. Hérédité similaire,

par M. le Dr H. Braudouin, interne des asiles de la Seine.

L'observation que j'ai l'honneur de vous présenter me paraît offrir un double intérêt : psychogenèse de l'acte homicide qui a motivé l'internement de son auteur ; étude de l'hérédité du malade, dans la collatéralité de qui l'on retrouve deux cas de délire d'aspect analogue avec similitude des réactions antisociales.

Le 11 février 1918, la gendarmerie est appelée à C..., petite commune du Loir-et-Cher, à propos d'homicide et tentative d'homicide volontaires :

Sortant de la maison de ses parents chez qui il habite,

©BIUM

R... (Jules) a tiré; presque à bout portant, un coup de fusil dans un groupe formé par son père et la victime, M..., qui est mort aussitôt, la charge « ayant fait balle dans la tempe gauche ». Le père a déclaré au cours de l'enquête qu'il avait vu son fils sortir, l'arme à la bretelle, puis épauler brusquement dans leur direction.

L'homicide consommé, R... s'est « barricadé dans sa chambre », criant : « Laissez-moi tranquille, je viens de faire un mort, il faut que j'en fasse d'autres »; et, avant d'être maîtrisé, il sort et tire sur un gendarme, atteint légèrement.

Au cours de l'instruction, R... donne des explications imprécises : « Je reconnais, sans reconnaître, avoir tué M... J'ai tiré de trop sur M... Je me promenais avec mon fusil pour essayer de tirer dans une planche. » Il écrit des lettres, exprimant des idées analogues, aux parents de sa victime, implorant leur pardon, ... « J'avais, écrit-il, la tête perdue, morte entière. »

Ayant, à la prison, tenté de se pendre, « c'est, explique-t-il, pour passer le temps ».

Bref, expertise, non-lieu, et internement à l'asile de Blois, le 12 avril 1918.

R... se présente gauchement, tête baissée, se met à genoux fréquemment, répond assez correctement, mais à voix basse, sans gesticulation. D'une maigreur accusée, sans que l'examen révèle de lésions organiques appréciables, R... présente nombre de stigmates physiques : dolichocéphalie marquée, exiguïté du massif facial, front très bas, oreilles décollées, adhérence lobulaire; hyperréflectivité tendineuse. Face inexpressive, avec immobilité des muscles de la partie inférieure du visage, contrastant avec des contractions presque continuelles du muscle frontal ; j'ai été, soit dit en passant, frappé de cet aspect parce qu'il m'a paru offrir le type inverse de celui sur lequel M. Chaslin a attiré l'attention à propos des débiles mentaux.

Au point de vue psychique, R..., dont l'orientation et l'état de la mémoire sont satisfaisants, apparaît lui-même comme un débile, avec insuffisance notoire du jugement, des sentiments affectifs et moraux. L'enquête l'a fait reconnaître comme ayant toujours été « faible d'esprit », en proie aux « taquineries » de l'entourage, réformé du service militaire.

Mais on remarque de plus que ses réponses sont continuellement empreintes d'une lenteur et d'une imprécision qui relèvent peut-être d'un léger degré de confusion provenant de l'état prédominant d'automatisme mental que nous allons maintenant examiner.

Ces troubles élémentaires, dont l'explication aboutit surtout à l'expression d'idées d'influence psychique pauvres et stéréotypées, sont difficiles à analyser nettement, en raison de la

©BIUM

débilité intellectuelle. R... ne se sent pas maître de sa pensée et de ses actes : Il a « la tête brouillée » ; ... le crime, « ce sont *les autres* qui lui ont fait faire, c'est la commune de C... » ... « C'est *le ciel*, c'est *Dieu* qui l'a voulu » en lui « tenant la tête » ; peut-être « le *diable* s'en mêlait-il aussi »... « Il ne pouvait pas faire ce qu'il voulait, parce que son cerveau était toujours repris par les uns et par les autres, toujours brouillé »... *Les autos* qui circulaient sur la route « lui travaillaient la tête et faisaient de petits théâtres »...

Quelle est la psychogenèse de ces idées d'influence? L'examen le plus minutieux ne révèle pas d'hallucinations auditives, laisse le doute sur la possibilité de quelques hallucinations psychomotrices, et met au contraire en relief l'apparition directe dans la conscience des représentations mentales, sans intervention d'éléments sensoriels ou cénesthésiques : « Il vous vient une télégraphie dans la tête, ... on est pris dans les lumières... Dieu lui parle en lumière, ... il avait des voix dans la tête, de petites télégraphies, ... les hommes lui tiennent la tête en lumière »...

Toutes ces idées, peut-il préciser, ne lui viennent pas à l'esprit par ses oreilles, « mais par le front » (il le montre). Il est signalé dans l'enquête que, avant l'homicide, il a tiré un coup de feu derrière une auto : « l'idée, dit-il, m'en est venue en lumière », c'est-à-dire « directement, par l'air, comme la lumière du soleil ».

Bref, ces phénomènes d'automatisme mental me paraissent devoir rentrer dans la catégorie d'hallucinations psychiques isolées par G. Petit sous le nom d'auto-représentations aperceptives.

A noter aussi, chez le sujet, la présence fréquente de rêves et de cauchemars.

Malgré le caractère asystématique de l'ensemble, il s'agit ici d'un délire d'influence, et il convient d'envisager maintenant l'évolution du syndrome. Cet état morbide — constaté, mais nullement analysé par l'entourage — remontait déjà à quatre années, ayant débuté brusquement (?) à la suite de taquineries faites au malade, à propos d'une jeune fille. Quoi qu'il en soit, R... paraissait bizarre, d'allure automatique, cessant fréquemment son travail de culture pour s'agenouiller, entrant sans raison dans les maisons voisines. Pas de rémission.

Evolution ultérieure impossible à préciser, par suite du décès du malade au cours de l'épidémie de grippe, à l'automne 1918.

Quel est le rapport de cet état morbide à l'acte criminel? Il convient de noter que R... n'avait jamais proféré de menaces à l'égard de sa victime, et reconnaît que M... ne lui avait jamais nui en aucune façon; que d'autre part, l'attentat s'est produit avec une soudaineté très nette.

©BIUM

De cette étude et de l'enquête, il résulte qu'on peut éliminer certainement la réaction, préméditée et dirigée contre un individu donné, d'un persécuté raisonnant ou halluciné, d'un délirant systématisé.

L'absence de phénomènes d'ordre émotionnel, des caractères si spéciaux de l'obsession, permettent d'éliminer aussi l'obsession-impulsion.

L'acte criminel ne se présente pas non plus comme une réaction panophobique. Peut-être pourrait-on invoquer cette genèse dans l'acte de tirer sur le gendarme, lorsque le sujet, après l'homicide, s'était enfermé, traqué par l'entourage; pour l'homicide même, elle ne paraît pas valable.

L'examen permet de rejeter aussi la présence d'une hallucination impérative de l'ouïe, à laquelle eût obéi le malade.

Comment donc expliquer le mécanisme psychologique de cet homicide? Je crois qu'on peut le considérer, soit comme le résultat d'un automatisme impératif, d'ordre non hallucinatoire, mais auto-représentatif, soit comme le résultat d'une impulsion motrice pure. N'est-il pas d'ailleurs un peu artificiel de séparer, en présence d'un sujet débile, et chez qui la pensée a tendance à s'extérioriser immédiatement en acte, la représentation mentale de l'impulsion?

Il n'y aurait, je crois, en faveur d'un automatisme impératif, que sa constatation nette par l'interrogatoire. Or si, lorsque R.., a tiré derrière l'auto, il explique que « l'idée lui est venue en lumière », au sujet de l'homicide, il semble plutôt expliquer l'acte après coup, et l'on aurait tendance, devant la seule et faible explication qu'il en ait pu donner (que « ses mains travaillaient ») à croire qu'il s'agit plutôt d'une impulsion. Quoi qu'il en soit, je crois que le cas appelle l'attention sur l'importance médico-légale des auto-représentations.

L'enquête révèle que R..., privé par son père, un an environ avant le drame, du fusil qu'il possédait, avait acheté une nouvelle arme, achat au sujet duquel ses réponses sont des plus imprécises. Cette précaution met, je crois, en relief un état d'insécurité et de domination contre lequel R... devait éprouver le besoin plus ou moins précis de réagir et qui s'est extériorisé, dans la même journée, par un coup de feu derrière une auto, puis par l'homicide.

Si l'irresponsabilité pénale du sujet ne fait aucun doute, il reste à signaler la responsabilité pécuniaire des parents. Sur les conseils répétés du maire de C..., le père avait conduit son fils à un spécialiste, et ne l'avait pas fait interner. La longue durée de l'affection, les antécédents familiaux dont il sera question, l'achat du fusil, les remarques des tiers, mettent donc en cause sa responsabilité vis-à-vis de la famille de la victime. D'après

des renseignements ultérieurs, j'ai su qu'il avait, à l'amiable, versé à la veuve une assez forte indemnité.

Cette observation n'aurait — homicide à part — que peu d'intérêt, si elle ne se complétait de celles de plusieurs collatéraux de la lignée maternelle : la mère, un oncle, une cousine et un cousin.

Pour la mère, les renseignements m'ont été donnés par son mari, et, du fait de sa dissimulation et de son incompréhension, restent incomplets. Malgré des suggestions pressantes, il m'a été impossible de faire venir cette femme à l'asile.

Les trois autres parents y ont été internés à des époques différentes, ce qui permet d'apprécier leur cas par des documents écrits :

1° La mère, Cher..., femme R..., aurait, entre trente et quarante ans, présenté pendant une période de cinq à six ans, « la même maladie ». Pendant cette période, elle avait toujours peur, sursautait pour la moindre cause ou sans raison ; sommeil défectueux et agité ; craignait toujours « qu'on vînt pour lui faire du mal » ; les gens « lui en voulaient, le monde lui donnait de mauvaises idées » ; elle n'a jamais eu de réactions violentes, s'est améliorée, et n'a jamais cessé de travailler.

2° Une cousine assez éloignée (grand-père cousin germain de celui du malade), Cher... (Honorine), est décédée à l'asile en 1909, au cours d'un second internement :

« Mélancolie hypocondriaque avec *idées de suicide* et refus d'aliments ». En 1907 : « Affaiblissement intellectuel, vagues idées mélancoliques, demi-mutisme, gémissements ; déchire ses vêtements ». Décès par cachexie (?).

3° L'oncle maternel, Cher... (Jean), entré à l'asile en mai 1893, y reste interné quinze mois, et sort guéri. Retourné au pays, il n'aurait, au dire de son beau-frère, rien présenté d'anormal depuis sa sortie.

Certificat immédiat : « Débilité mentale. Idées vagues de persécution. Croyance aux sortilèges, à des influences occultes, et à un pouvoir secret capable de lui jouer un tour et de le rendre malade. »

Idées d'empoisonnement. Désigne un individu qui l'aurait ensorcelé au moyen d'une prise de tabac. Hallucinations auditives (?).

Motif de l'internement : *a blessé deux personnes de la famille et proféré des menaces contre d'autres personnes.*

4° Un cousin (il m'a été impossible d'établir la parenté exacte), D... (Louis) a été interné à Blois de 1873 à 1886 :

©BIUM

« Lypémanie avec prédominance du délire de persécution, et d'hallucinations de la vue et de l'ouïe. »

L'observation à l'entrée relève des stigmates physiques : crâne en pain de sucre, front fuyant, protubérance occipitale très accusée, bosse pariétale droite marquée.

Visions diaboliques (?)

Il se croit « possédé du démon » ; « des êtres surnaturels lui commandent de faire telle ou telle action déraisonnable ».

En 1881, « il est sous la domination constante du diable qui met obstacle à ses projets et à ses travaux ».

En 1884, « le diable dirige ses actions, ne lui permet pas d'exercer librement sa volonté ».

Réactions violentes : *a tiré un coup de fusil sur un chien, menaces et tentatives (?) d'homicide.*

Considéré à plusieurs reprises comme incurable, il sort guéri (?) à l'âge de quarante-quatre ans.

En résumé, sur les cinq malades, deux femmes ont présenté des idées délirantes, l'une d'aspect mélancolique (cousine), l'autre des idées mixtes, mélancoliques et de persécution (la mère). Les trois hommes me paraissent devoir être rapprochés davantage quant à l'aspect de leur délire : conceptions plus ou moins nettes de persécution et surtout de domination ; absence de systématisation du délire ; couleur mystique de ce dernier, avec croyance aux interventions occultes et diaboliques ; débilité mentale. Mais le point capital à relever me paraît être la présence, chez les trois malades, de réactions violentes : blessures, menaces et tentatives d'homicide, coups de fusil tirés, homicide enfin.

A propos des réactions, je dois revenir sur un mode, signalé chez un des collatéraux seulement (cousine), et que j'ai relevé à plusieurs reprises chez R..., la réaction-suicide ; nous savons déjà qu'à la prison il a essayé de se pendre. A l'asile, en moins d'un mois, trois tentatives nouvelles vont avoir lieu : au parloir, R... se fait au cou sept entailles peu profondes avec un couteau que lui a confié son père pour couper des aliments. Un autre jour, il enroule un mouchoir et l'attache à la tête de son lit, « ayant peut-être, déclare-t-il, l'intention de se pendre ». Enfin, on le trouve ayant passé sa tête dans la lunette des W.-C., le cou excorié.

Pour terminer, il y a lieu de se demander à quel cadre nosographique répond le cas de ce malade.

©BIUM

Quelque conception qu'on ait de la dégénérescence mentale, c'est évidemment le cas d'appliquer cette épithète. La débilité mentale non plus ne saurait faire de doute.

Quant aux troubles développés sur ce terrain de dégénérescence et de débilité, je ne crois pas qu'on puisse dépasser pour eux le diagnostic syndromique en disant : délire d'influence ou de domination psychiques, avec prédominance d'auto représentations aperceptives.

Peut-on prononcer ici le diagnostic de démence précoce sans étendre le cadre de cette affection bien au delà des limites qu'elle mérite? Peut-être pourrait-on plus justement rapprocher ce cas des formes de psychose hallucinatoire chronique, caractérisées pour G. Ballet par l'automatisme prédominant et la désagrégation de la personnalité, en remarquant que l'automatisme est ici uniquement limité aux auto-représentations.

La question du diagnostic revient surtout ici à poser une question plus intéressante en l'espèce, celle du pronostic : curabilité ou chronicité? Si l'examen du sujet, la prédominance de l'automatisme, la durée des troubles, peuvent donner l'impression de chronicité, n'est-il pas nécessaire de relever avec la notion de terrain dégénératif, la guérison — ou, tout au moins, une amélioration compatible avec la vie en société — chez les collatéraux, parmi lesquels un malade est mis en liberté après treize ans d'internement?

Malheureusement, en ce qui concerne R..., le décès par une affection intercurrente ne permet pas de répondre à cette question d'une façon péremptoire.

Sur quelques expertises psychiatriques aux armées,

par M. Maurice Ducosté.

J'ai l'honneur de vous présenter une note sur les expertises psychiatriques auxquelles j'ai procédé, aux armées, de septembre 1915 à mars 1918.

Leurs sources sont diverses : je fus commis fréquemment par le commissaire-rapporteur près le conseil de guerre de ma division : il cumule aux armées les fonctions de juge d'instruction et d'avocat général; on

©BIUM

m'appela parfois aussi à expertiser des soldats d'autres divisions de mon corps d'armée ou des corps voisins ; à l'occasion, des capitaines, commandant des formations isolées ou des détachements, les colonels, me demandèrent d'examiner les hommes soupçonnés d'aliénation ou de simulation, et d'établir un rapport s'il y avait lieu ; de même certains médecins chefs d'ambulances ou de dépôts divisionnaires.

J'ai fourni 109 rapports ou consultations écrites ; 77 ont trait à des états morbides.

Les crimes ou délits retenus par l'accusation furent, pour la très grande majorité, l'abandon de poste en présence de l'ennemi et la désertion à l'intérieur en temps de guerre ; un petit nombre, des injures ou outrages envers supérieurs, le refus d'obéissance. Une fois, j'eus à connaître de vols et abus de confiance : un vaguemestre détournait des mandats ; déjà condamné pour vol dans la vie civile, il fut frappé de cinq ans de travaux publics. Un sous-officier, poursuivi pour dénonciation calomnieuse contre un de ses chefs, était un délirant systématisé. J'innocentai comme grand débile un auto-mutilateur qui raconta des prouesses homériques et se blessa lui-même, en divers endroits, dans l'espoir des citations et des récompenses.

Je ne crois pas avoir vu de simulateurs. On peut donner une explication plausible de cette rareté, au front, de la simulation des psychoses. La simulation est apprise aux soldats, moyennant finances, par des professionnels, généralement venus des bataillons d'Afrique : ce sont eux qui imaginèrent les conjonctivites à l'ipéca ou à la cendre de cigarette, les abcès au pétrole, à l'essence de térébenthine (c'est une contrefaçon), les érysipèles à l'huile de croton, les arthrites (souvent très graves) provoquées par l'aiguille septique enfoncée dans les culs-de-sac synoviaux. Ces professionnels n'ignorent pas la difficulté et la longueur des « leçons de folie », le peu de chance d'une imitation adéquate ; et, au surplus, une telle supercherie ne vaut pas ce qu'elle coûte : au bout de ses peines, l'asile attendrait le simulateur.

L'auto-mutilation, par contre, est pratique individuelle. Sauf le cas, d'ailleurs spécial, que je citais tout à l'heure, je n'en ai point vu, comme expert.

©BIUM

Les 77 soldats que je dus déclarer irresponsables, ou partiellement responsables, se classent ainsi :

Débilité mentale	36
Démence précoce	5
Paralysie générale	4
Mal comitial. Epilepsie larvée	3
Crises convulsives d'origine émotionnelle	2
Délire systématisé	3
Manie	1
Alcoolisme subaigu	5
Confusion mentale	7

Je parlerai plus loin des 11 cas restants.

Ces 66 malades ne sollicitent pas de longues réflexions : depuis mon retour du front, j'ai connu qu'on avait beaucoup écrit sur la psychiatrie de guerre, et l'on a sans doute dit, et très bien dit, tout ce qu'il y avait à dire sur les délinquants à l'armée.

Les débiles, très nombreux — près de la moitié des expertisés — ne soulevaient pas de difficultés : leur utilisation à l'arrière était possible parfois, la réforme s'imposait le plus souvent : certains ne savaient pas se servir de leur fusil, d'autres ignoraient avec qui nous étions en guerre, ne pouvaient remplir les plus simples de leurs devoirs ; quelques-uns ne montaient jamais aux tranchées : on essayait de leur confier quelque besogne de salubrité dans les cantonnements de repos. J'en ai renvoyé le plus possible aux travaux des champs, à la garde des troupeaux : réforme sans internement. La plupart, d'ailleurs, avaient été déjà réformés par les conseils d'avant-guerre, ou pris « bons absents ».

De mes cinq déments précoces, deux avaient été internés avant leur service militaire. L'un des trois autres fut d'un diagnostic délicat : je dus déclarer mon impuissance à faire le départ entre la simulation possible et la démence précoce ; je conseillai la mise en observation de ce soldat dans un centre de psychiatrie aux fins d'examen prolongé : il fut envoyé, à Chalon, dans le service de psychiatrie d'armée qui le déclara dément précoce.

Lorsque j'ai examiné les sept soldats classés comme confus (deux d'entre eux furent l'objet d'une co-expertise), la confusion s'était dissipée ; le diagnostic rétro-

©BIUM

spectif n'était cependant pas, je crois, trop hasardé : ils furent acquittés.

Je n'ai pas vu de confus « frais », ni d'émotionnés, ni de commotionnés (en dehors des cas dont je vais parler), je n'en ai pas vu comme expert. Plus tard, pendant quelques mois, j'assurai le service d'un dépôt d'éclopés où j'ai retenu le plus possible de ces malades ; mais cette note, purement médico-légale, n'en fait pas état. Il est évident que les confus, les émotionnés, les commotionnés étaient, même lorsqu'ils commirent un délit, évacués immédiatement sur des Centres.

Auxiliaire de la justice, je n'ai connu que des cas d'aliénation douteuse, assez frustes pour ne pas s'imposer aux chefs ou aux camarades ou au commissaire-rapporteur, pourtant fort averti et d'esprit très fin. Il y avait cependant, parmi ces malades, des paralytiques généraux, des déments précoces, des épileptiques et de grands délirants. Qu'ils aient été jugés sains d'esprit et déférés aux conseils de guerre, que quelques-uns fussent taxés de simulation par les officiers qui en avaient la charge, et qui étaient loin, pour la plupart, de manquer d'instruction et de pénétration, ce sera peut-être une incitation à formuler quelques réserves sur les opinions de certains médecins, ou littérateurs, qui s'improvisèrent aliénistes de guerre et jugèrent que la lecture hâtive d'un manuel, fût-il excellent, pouvait remplacer la pratique des aliénés.

Il me reste, messieurs, à dire quelques mots sur 11 de mes expertisés qui présentent, je crois, un intérêt plus particulier.

L'un était un infantile, athyroïdien, cryptorchide, d'une taille très au-dessous de la moyenne et qui pouvait à peine porter son fusil ; il se blottissait dans un trou dès qu'il entendait le canon et pleurait. Je n'en parle que pour expliquer sa présence au front : il avait été pris « bon-absent » et c'est évidemment par le même mécanisme que de grands débiles ou des aliénés notoires furent envoyés sur la ligne de feu. Il serait injuste d'en accuser les conseils de l'intérieur.

Un autre, poursuivi pour désertions multiples, et dont le casier judiciaire portait plusieurs condamnations civiles et militaires, avait été réformé pour aliénation

©BIUM

mentale en 1898, interné précédemment à Beauregard et à Ville-Evrard, déclaré simulateur par un Centre de psychiatrie d'armée, puis déséquilibré et renvoyé au front par un Centre de l'Intérieur. J'ai porté le diagnostic de démence traumatique et j'ai conclu à la nécessité de la réforme et de l'internement. — Peut-être sera-t-il utile de publier ce rapport que j'ai conservé en entier. — Cet homme avait subi, à l'âge de dix-huit ans, un grave traumatisme cranien, et, en dehors d'un déficit intellectuel que je m'efforçai d'analyser avec toute la précision nécessaire, d'impulsions et d'hallucinations épisodiques qui avaient nécessité deux internements, il présentait un phénomène, rare je pense, que je décrivis ainsi :

« Actuellement, comme preuve du lent processus méningo-cortical qui adultère ses fonctions intellectuelles, X... garde au niveau de la région fronto-pariétale et sur la ligne médiane du crâne, au point même où le traumatisme a porté, une légère dépression de la voûte cranienne et une plaque d'hyperesthésie qui, certainement, n'est pas simulée. Dès qu'on frôle les cheveux de cette région, le sujet y ressent une vive douleur, et il indique les diverses circonstances où cette douleur réapparaît, avec beaucoup de précision et, on peut dire, par comparaison avec des faits connus, de sincérité. C'est ainsi qu'un bruit insolite réveille cette douleur, le passage d'un obus par exemple, ou le choc d'un objet contre le parquet; si l'observateur gratte son propre crâne au point électif, X... souffre immédiatement en ce point. Le geste de porter la main à la tête du sujet amène de brusques mouvements de défense. Enfin, si cette douleur n'irradie pas aux autres parties du crâne, et si elle n'éveille pas de sensation spéciale aux points au niveau desquels on peut comprimer sur une surface osseuse les nerfs qui s'y rendent, un phénomène constant, et impossible à simuler, vient témoigner à la fois de la réalité de cette zone sensible et de son importance pathologique : il suffit, en effet, de comprimer légèrement la région pour faire tomber les battements du cœur à peu près dans la même proportion que par la pression des globes oculaires : par cette manœuvre, ils passent brusquement de 60 à 45, et même moins. »

Je ne cherche pas à interpréter ce phénomène, mais il était indéniable. A lui seul, il n'eût pas suffi, évidemment, à innocenter l'inculpé; il donnait toutefois une objectivité incontestable à certains des troubles dont il

©BIUM

se plaignait, et permettait d'accepter la réalité de quelques autres, simplement subjectifs.

Un autre de mes malades avait été blessé, au début de la guerre, par une balle qui avait intéressé le médian à l'avant-bras. Il avait, après cicatrisation de la plaie, souffert longtemps de causalgie, c'est-à-dire de ce syndrome que constituent essentiellement une émotivité excessive et une douleur brûlante localisés à l'extrémité du membre lésé et ressentie sous forme d'intermittences synchrones du pouls. J'ai cru pouvoir, quelques mois après le début des hostilités, rattacher ces symptômes à la richesse des nerfs lésés en fibres sympathiques. Quoi qu'il en soit, cet homme ne put faire son service, autant par l'exacerbation des douleurs qu'il ressentit au niveau de sa main dès qu'il fut de retour au front, que par l'exagération de son émotivité. Soupçonné de simulation, je pus faire reviser ce diagnostic et évacuer ce blessé sur un centre de l'intérieur.

Les causalgiques, par le seul fait de leur émotivité morbide et la facilité avec laquelle cette émotivité s'exacerbe douloureusement, sont évidemment impropres pendant un temps très long à tout service actif.

Ce sont les neurologistes qui les étudient ; cependant ils nous appartiennent par les altérations de leur émotivité, la bizarrerie des précautions qu'ils prennent pour éviter leurs crises douloureuses, l'influence des représentations mentales sur l'apparition de ces crises. Ces hyperémotifs, en proie aux douleurs les plus terribles peut-être qu'on puisse ressentir, ne deviennent jamais mélancoliques. S'il se confirme que le sympathique est en cause chez eux, on pourra sans doute logiquement en conclure qu'il ne joue aucun rôle dans le développement de la mélancolie.

Restent huit soldats, huit commotionnés, dont l'histoire est de tous points identique.

Bons soldats, ou tout au moins sans reproche, ils sont commotionnés par l'éclatement d'un obus ; instantanément une peur insurmontable les pousse à fuir ; les uns partent aussitôt à l'arrière ; d'autres tiennent jusqu'à la relève, mais dans un état de transe continuelle ; à peine au cantonnement de repos, ils désertent.

Je les ai vus plusieurs mois après leur désertion. Je

©BIUM

n'insisterai pas longuement sur les symptômes qu'ils présentèrent : tout cela a dû être décrit dans les très nombreuses publications sur les commotionnés parues depuis la guerre.

Hyperémotivité, mais spécialisée, au bruit du canon seulement qu'ils ne peuvent vraiment plus entendre, et qui s'exacerbe rien qu'à la pensée de ce bruit, et même à la vue d'un artilleur, et même à la représentation mentale du canon.

Céphalée frontale et bi-temporale, sous forme de chocs ressentis à l'intérieur de la tête, chocs synchrones au pouls et qu'on multiplie à volonté en accélérant les mouvements du cœur par la course ou les émotions adéquates ; céphalée pulsatile qui s'atténue dans le décubitus dorsal prolongé, qui se modifie, parallèlement à la circulation, dans les changements de position du corps, et qu'on peut calmer notablement par la compression modérée des carotides. Quelques-uns de ces malades même savent, par la contraction des muscles du cou, agir sur leurs carotides, atténuer leur céphalée, et se figent volontiers en une attitude anormale dont l'interprétation serait difficile si l'on n'était averti.

D'ailleurs, aucun trouble intellectuel. Ces malheureux reconnaissent leur faute ; ils s'en excusent en disant qu'ils ne peuvent plus entendre le canon, que « c'est plus fort qu'eux ». — « Mettez-moi à l'arrière, où vous voudrez, ça ira. » Et d'autres : « Je préfère être fusillé que de retourner au feu. »

J'en ai revu, depuis, au Sous-Centre de psychiatrie de la XI[e] région, dont je fus médecin quelque temps : l'un d'eux, objet de plusieurs belles citations naguère, envoyé aux écoles à feu, à la première décharge s'enfuit terrorisé.

Grand embarras pour l'expert. Le premier que je vis, je sollicitai du conseil l'acquittement, estimant qu'il pouvait bénéficier d'un fléchissement momentané de la volonté, d'une défaillance de courage que les meilleurs peuvent connaître ; mais je le fis retourner au feu : il déserta aussitôt. Je n'avais pas encore l'expérience de ces malades. Les autres furent réformés : réforme temporaire qui laissait aux chefs des centres de l'intérieur le soin de décider en dernier ressort.

©BIUM

Il y a entre ces commotionnés, hyperémotifs et à céphalées pulsatiles, une analogie évidente avec les causalgiques, hyperémotifs aussi et douloureux pulsatiles ; et l'on pourrait continuer le rapprochement jusque pour les nuances des deux symptomatologies.

Je ne crois pas qu'il serait très hasardeux de les assimiler les uns aux autres ; il me semble qu'ils sont tous des blessés du sympathique ; mais, de même que je n'avançais au début de la guerre qu'avec de grandes réserves l'hypothèse d'une lésion sympathique expliquant les phénomènes généraux et locaux des blessures de certains nerfs, je ne donne que comme suggestion l'hypothèse que ces commotionnés sont des blessés du sympathique cervical et céphalique. La commotion par obus peut entraîner, du fait d'une lésion corticale, des hémiplégies organiques. Il n'est pas absurde d'admettre, par le même mécanisme de la commotion pure, des lésions des ganglions sympathiques, ou même des fibres, du fait de suffusion sanguine par exemple.

J'ai dit l'absence de troubles intellectuels chez ces commotionnés : ce n'est, en effet, que dans les grandes bourrasques émotives qu'ils pourraient faire croire à de la confusion ou de l'incohérence.

Il y a dans les procédés qu'emploient souvent ces déserteurs pour échapper aux recherches de la maréchaussée une finesse et un esprit de suite qui prouvent éloquemment l'intégrité de leur intelligence.

Ils connaissent leur crime, et s'ils se savent incapables de retourner au front, ils n'ignorent pas que les raisons dont ils peuvent s'excuser ne suffiraient pas à leurs juges. Ils n'ignorent pas, non plus, que cachés dans leur pays ou perdus dans les grandes villes, ils seront bien vite reconnus et arrêtés.

L'un s'était réfugié dans la zone des étapes ; il s'était bâti une cagna à l'orée d'un bois, et retiré de la guerre, vivait des quelques douceurs dont les cultivateurs payaient ses menus services, et de rapines. De temps en temps, il apparaissait, très affairé, sur les routes fréquentées par les troupes en mouvement, passait pour chargé de mission, attaché à quelque service de l'arrière, ordonnance, agent de liaison. Il l'insinuait à l'occasion. Il vécut ainsi quatre mois ; il aurait pu n'être jamais

©BIUM

inquiété s'il n'avait charmé ses loisirs à courtiser d'un peu près les filles des villages voisins : une plainte attira l'attention sur lui et le fit connaître. On ne put d'ailleurs le poursuivre pour désertion puisqu'il n'avait pas quitté le front. Ce genre d' « absents », sans être très fréquent, n'a pas été rare.

D'autres, et ce sont les plus nombreux, sont plus curieux. On pourrait les appeler « les déserteurs ambulants » ou, si l'on veut, « les déserteurs des trains et des gares ».

Ils quittent le front, et, se mêlant aux permissionnaires, passent des mois dans les gares et sur les lignes de chemin de fer, se laissant héberger quelques jours dans les cantines, et faisant, en dehors de ces courts arrêts, la navette entre Marseille et Châlons, par exemple, ou entre Brest et Château-Thierry. J'en ai connu à qui ce manège réussit pendant six et huit mois.

Je ne sais à quels signes se reconnaissent entre eux ces ambulants originaux ; je crois que d'autres déserteurs des trains et des gares sont simplement de mauvais soldats, qui se cachent ainsi, et sans doute plus habilement encore que ces commotionnés. Quoi qu'il en soit, ils s'aident tous fraternellement de leurs conseils et de leur bourse, s'indiquent les gares où les contrôles ne sont pas sévères, les cantines et les œuvres où l'on peut se refaire à bon compte, les lignes de chemin de fer qu'il faut éviter et celles où l'on peut longuement voyager en toute sécurité.

Je n'ai connu directement, parmi ces déserteurs ambulants, que les commotionnés dont je parle ; il faut, en effet, on le comprend, une certaine habileté pour continuer pendant des mois ces voyages illégaux ; il faut aussi ne pas attirer l'attention par des allures extravagantes ; surtout, il faut être sain intellectuellement ; et tous ces commotionnés, malgré leur émotivité morbide, conservent le contrôle d'eux-mêmes et jouissent de leur entière lucicidité.

DISCUSSION

M. Piéron. — L'hypothèse de M. Ducosté concernant l'intervention du sympathique dans les céphalées des commotionnés me paraît trouver un appui dans cer-

©BIUM

taines constatations que nous avons faites, M. Mairet et moi : nous avons montré que, dans les commotions accompagnées de céphalée, *le signe de l'irritation trigémino-occipitale* fournit un élément objectif important pour le contrôle de la céphalée. Ce signe consiste dans l'exagération notable de la douleur provoquée par la pression des points d'émergence des branches du trijumeau, en particulier du point sus-orbitaire, et par l'irradiation de cette douleur qui suit dans les deux sens le trajet des branches nerveuses, et qui provoque même une douleur correspondante très vive, en arrière de la tête, au niveau du grand nerf occipital. Fréquemment aussi, la pression du nerf occipital est douloureuse, avec irradiation également, et même avec correspondance au niveau du rameau sus-orbitaire du trijumeau.

Nous avons admis que cette irradiation se faisait par l'intermédiaire des rameaux sympathiques.

C'est, en effet, parce qu'il y a irritation sympathique au niveau du rameau sus-orbitaire et du nerf occipital, irritation des fibres pénétrant dans le tronc même du nerf, et des fibres d'innervation des capillaires pénétrant dans le névrilème et du névrilème lui-même, qu'une propagation se fait de l'un à l'autre de ces nerfs, dont l'union, dont la connexion est réalisée par des filets sympathiques provenant d'un tronc commun, émanant du même ganglion cervical supérieur.

M. Ducosté a parlé de causalgie à propos d'un blessé du médian, et il a rapproché des causalgiques les commotionnés souffrant de céphalée. Les phénomènes que j'ai décrits avec M. Mairet ont, en effet, le caractère causalgique ; comme le médian et le sciatique, le trijumeau est un nerf à causalgie, à cause de ses rapports étroits avec le système sympathique ; car il paraît bien, à l'heure actuelle, que les douleurs du type causalgique doivent être rattachées à l'irritation des filets sympathiques.

En effet, quand apparaît une participation sympathique importante dans les névrites, celle-ci se manifeste d'abord par le caractère angoissant et diffus des douleurs — si remarquable dans les causalgies — par les répercussions vasculaires, sécrétoires et trophiques ; enfin, par des correspondances, qui seraient inexpli-

©BIUM

cables si l'on s'en tenait à la distribution topographique des nerfs périphériques du système cérébro-spinal.

Les céphalées des commotionnés présentent ce caractère de douleur angoissante et diffuse ; *le signe de l'irritation trigémino-occipitale* dépose aussi en faveur d'une atteinte du sympathique, comme les troubles vasomoteurs et sécrétoires qui accompagnent si souvent les paroxysmes douloureux des névralgies du trijumeau et des céphalées commotionnelles.

M. Ducosté. — Je remercie M. Piéron de me signaler ses recherches, que j'ignorais, sur les correspondances trigémino-occipitales chez certains commotionnés. Elles précisent mes propres recherches : j'ai étudié, en effet, la correspondance occipito-trigéminale dans les blessures du grand nerf occipital, et j'ai noté la fréquence d'un point douloureux sus-orbitaire dans ces blessures. N'ayant pas eu l'occasion d'observer des lésions du trijumeau, je n'avais pu indiquer ce nerf comme causalgique, mais j'avais reconnu cette propriété (que j'ai appelé *dexalgie*, de δηξις, cuisson, brûlure, et ἄλγος, douleur) au grand nerf occipital. La dexalgie, ou causalgie, est d'ailleurs la forme habituelle de souffrance, non seulement de ce nerf, et du trijumeau, du médian et du sciatique (sciatique poplité interne seulement), mais encore du tibial postérieur, du saphène externe, du musculo-cutané du bras (et non du radial, comme on l'a dit par confusion), du nerf du grand pectoral, fréquemment aussi du cubital et peut-être du saphène interne.

C'est donc un phénomène assez commun et qui s'interprète, d'une façon satisfaisante, par l'excitation des fibres sympathiques dont sont riches tous ces nerfs.

En ce qui concerne le grand nerf occipital, la répercussion trigéminale m'avait paru pouvoir s'expliquer avec plus de simplicité que pour M. Piéron, qui impose à l'excitation un parcours sympathique long et détourné par le carrefour du ganglion cervical supérieur.

J'ai pensé que suffisait l'anastomose des filets du grand nerf occipital avec ceux du sus-orbitaire ; j'ai même donné la répercussion occipito-trigéminale comme une preuve clinique de l'anastomose des deux nerfs,

©BIUM

preuve que Cruveilhier n'avait pas pu administrer par ses seules dissections.

M. Piéron. — L'anastomose des cylindraxes des deux nerfs grand occipital et sus-orbitaire est, *a priori*, bien douteuse, et la transmission directe d'une excitation d'un nerf à l'autre, dans un sens quelconque, est fort invraisemblable. D'ailleurs, une expérience cruciale permet de rejeter cette hypothèse : dans un cas de névrite du trijumeau survenue après sinusite chez un commotionné, la destruction de la branche sus-orbitaire au-dessus de l'arcade sourcilière tentée à titre thérapeutique n'empêcha nullement la correspondance orbito-occipitale de ce côté.

M. Ducosté. — Je ne crois pas que cette expérience ait la valeur décisive que M. Piéron lui concède.

Le grand nerf occipital s'anastomose, en effet, sur la ligne médiane avec son homologue du côté opposé, et j'ai noté, dans les lésions unilatérales de ce nerf, le point sus-orbitaire non seulement du côté lésé, mais des deux côtés. Pour que l'expérience de M. Piéron fût décisive, il eût donc fallu sectionner les deux nerfs sus-orbitaires.

D'ailleurs, la clinique démontre que les excitations se transmettent dans les deux sens, centripète et centrifuge, quel que soit le conducteur nerveux analysé, et aussi que les nerfs n'ont pas le caractère terminal que la physiologie actuelle leur impose : j'ai donné de nombreux exemples d'irradiations douloureuses et de correspondances d'un nerf à son homologue du côté opposé, et de douleurs provoquées dans le côté blessé par pression ou percussion des nerfs de l'autre côté du corps. Les caractères de ces douleurs, la continuité des « courants » sensibles, qu'on provoque par ces manœuvres, mettent absolument ici l'hystérie hors de cause.

Il est donc rationnel d'admettre le passage d'une excitation directe du sus-orbitaire au grand nerf occipital, dans un sens ou dans l'autre, quelle que soit la direction qu'on suppose à l'influx nerveux normal.

Cela ne touche en rien, évidemment, à la possibilité, et même à la probabilité de l'irradiation des douleurs sympathiques par des voies nombreuses et moins directes.

L'essentiel, au surplus, est que nous soyions d'accord,

M. Piéron et moi, pour admettre l'intervention sympathique dans certains cas, cliniquement reconnaissables, de céphalées commotionnelles.

Le signe de l'irritation trigémino-occipitale, décrit par MM. Mairet et Piéron, vient très heureusement donner un caractère objectif à ce qui, dans mon esprit, n'était qu'une hypothèse basée sur des analogies cliniques.

M. PIÉRON. — Qu'on me permette un dernier mot sur le même point particulier de la communication de notre collègue. Il a parlé de « commotionnés », pourquoi n'avoir pas dit « émotionnés »? D'après le tableau, concis mais précis, que M. Ducosté a donné de ses malades, leur impulsion à fuir, leur hyperémotivité ont suivi immédiatement l'explosion de l'obus ; d'autre part, ces sujets gardent une lucidité telle qu'ils organisent leur désertion avec l'habileté sur laquelle M. Ducosté a donné de si curieux et si inattendus détails. Cela ressemble beaucoup à ce que nous voyons chez les émotionnés, et je crois que ce terme leur conviendrait mieux, en admettant d'ailleurs chez eux un élément commotionnel, mais moins important, car nous savons que les cas mixtes sont la règle.

M. DUCOSTÉ. — J'ai dit « commotionnés », précisément à cause des lésions que je suppose chez ces malades, lésions très probables de par l'analyse clinique, et dont vous-même, mon cher collègue, aviez apporté la preuve tangible par l'exposé du signe dont nous avons parlé.

J'admettrais difficilement qu'une émotion, aussi intense que vous la puissiez supposer, soit capable de développer, dans les cellules ou les fibres sympathiques, des lésions matérielles, voire de simples suffusions sanguines. Une commotion intense, brutale, doit, au contraire, très logiquement les produire.

M. PIÉRON. — Mais pourquoi pas une émotion? Il faut compter aussi sur les troubles des glandes endocrines, troubles que les émotions, on le sait pertinemment, peuvent à elles seules développer et entretenir.

M. DUCOSTÉ. — C'est, peut-être, une tout autre question ; d'ailleurs, l'instantanéité des symptômes commotionnels, chez mes malades notamment, ne

©BIUM

milite pas en faveur de l'intervention des perversions fonctionnelles des glandes endocrines. Que cette intervention se manifeste plus tard, c'est possible, probable même, mais cet élément ne paraît ni primitif, ni nécessaire.

Les émotions, malgré le nombre prodigieux de travaux qu'elles ont suscités, peut-être à cause de cela, sont demeurées obscures dans leurs origines mêmes. La révélation, apportée par les blessures de guerre, des nerfs à causalgie, a plus fait pour cette connaissance que tout ce qu'on avait accumulé sur la question depuis vingt-cinq ans.

C'est un fait considérable que la lésion d'un des nerfs que j'ai nommés il y a un instant modifie instantanément l'émotivité des blessés et développe en eux, sur-le-champ, une véritable névrose d'angoisse qui durera des années. Et cela chez des hommes frustes, froids, dont la sensibilité n'avait auparavant rien de morbide, et qu'on ne peut pas, aussi attentivement qu'on les scrute, classer dans les « prédisposés ».

Si, comme je n'en ai pas douté dès la première heure, cette émotivité intensément exagérée, et qui se présente dans un isolement schématique, pur de tout trouble intellectuel, dépend de lésions sympathiques, il y a là une notion dont la portée est pleine de promesses, et qu'il ne faut pas laisser perdre.

Je suis heureux de l'intervention de mon savant collègue et ami, et je le remercie de m'avoir permis d'attirer à nouveau l'attention sur ces phénomènes si importants, dont j'avais été contraint, à regret, d'interrompre l'étude depuis plus de quatre années.

Rapport sur le Congrès annuel de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande.

M. H. Colin. — Messieurs, à la suite de l'invitation qui nous avait été adressée par nos collègues anglais, vous avez bien voulu me désigner pour vous représenter au Congrès annuel de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande qui vient d'avoir lieu à York les 21, 22 et 23 juillet.

Je vous en remercie. J'étais le seul étranger présent

et je reviens enchanté et profondément touché de l'accueil si chaleureux qui a été réservé à votre représentant. J'ai pour les Anglais une affection qui date de loin puisqu'elle remonte à mes années de jeunesse, mais je crois que personne ne saurait résister au charme tout particulier qui se dégage de la cordialité et en même temps de l'exquise délicatesse de nos voisins d'outre-Manche.

Plusieurs d'entre nous, mon ami et collègue Semelaigne en particulier, ont été à même de goûter ce charme puisqu'il assistait au centenaire de la Retraite d'York. Il ne sera donc pas surpris de ce que je viens de dire.

La France provoque chez nos voisins une admiration enthousiaste : j'ai pu m'en assurer non seulement dans des conversations particulières, mais aussi au spectacle de la foule, le 19 juillet, pendant le défilé et les fêtes de la Victoire. J'ai dû, à maintes reprises, répondre à l'expression de ces sentiments exprimés par nos collègues anglais. Je l'ai fait avec une pieuse émotion et, quelque imparfaite qu'ait pu être ma façon de parler la langue anglaise, je crois avoir fait comprendre à nos collègues l'affection profonde et la gratitude que nous ressentons à l'égard de l'Angleterre. Ces différents discours seront publiés dans le *Journal of mental Science*.

J'ai appris, au cours de ce voyage, des choses fort intéressantes. En dehors des communications faites au Congrès et au nombre desquelles figure celle que j'ai moi-même apportée, en collaboration avec mon interne, M. le Dr Mourgue, au sujet de l'influence des fatigues de la guerre sur l'évolution de la paralysie générale, communication qui a fait l'objet d'un compte rendu dans le *Times*, j'ai pu me rendre compte de l'intérêt profond que les maladies mentales, leur traitement et leur prophylaxie éveillent chez nos voisins.

Au banquet qui a clôturé les travaux du Congrès, le ministre de la Santé publique avait envoyé un délégué éminent, Sir George Newman, qui, dans un discours remarquable, a fait part à l'assemblée des intentions du Gouvernement à l'égard des malades que nous sommes appelés à soigner. On est arrivé, en Angleterre, à considérer les maladies mentales comme des maladies

©BIUM

ordinaires, et le problème des maladies de l'esprit apparaît aux Anglais comme étant tout aussi important que le péril des maladies vénériennes, tuberculeuses ou infectieuses. Aussi a-t-on fait entrer au ministère de la Santé publique un représentant des médecins aliénistes, attaché au cabinet du ministre, et l'on est bien décidé à traiter, dans le plus bref délai, les affections du cerveau quelle que soit leur forme, tant au point de vue préventif qu'au point de vue curatif. Un projet de loi est déposé à cet effet devant le Parlement ; entre autres innovations, il permettra aux malades de se faire soigner sans passer par les formalités actuelles du certificat médical.

Vous le voyez, c'est là un très grand pas dans la voie du progrès et c'est une mesure que nous réclamons ici depuis longtemps et qui était inscrite dans le projet de loi déposé au Sénat par le Dr Gérente sous la rubrique *placements spontanés*.

Je ne puis, bien entendu, vous rapporter ici tout ce qui a été fait au Congrès, mais j'ai pour mission, de la part du Président et du Secrétaire général de l'Association, de vous lire la note suivante dont vous apprécierez toute la portée ainsi que l'intention délicate. Je m'excuse dès maintenant des éloges que mes collègues anglais ont cru devoir me décerner.

Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande.

« Le Président (le lieutenant-colonel Keay) présente le Dr Colin, délégué par la Société médico-psychologique et lui souhaite une cordiale bienvenue. Il le fait, non seulement en raison de sa valeur scientifique et de son agrément personnel, mais aussi parce qu'il représente une grande nation alliée et amie.

« Il saisit cette occasion pour exprimer l'admiration que tous ici ressentent pour le rôle héroïque joué par la France dans la grande guerre où les deux peuples ont combattu côte à côte pour le triomphe de la liberté et de l'idéal moral le plus élevé. Il espère que les liens qui unissent les deux nations se resserreront encore et se maintiendront toujours. »

©BIUM

« Le Dr GEORGE ROBERTSON, en appuyant les vœux que le Président vient d'exprimer au nom de tous ses collègues, ajoute que la Société sœur leur a fait un grand honneur en leur délégnant le Dr Colin, honneur dont ils lui sont très reconnaissants. Nous demandons au Dr Colin de bien vouloir faire à la Société médico-psychologique la communication suivante. Dans trois ans, il y aura cent ans que la paralysie générale a été isolée par Bayle en tant que maladie distincte. Nous espérons que cette découverte neurologique, l'une des plus grandes qui aient jamais été faites et dont l'honneur constitue le fier apanage des aliénistes français, sera célébré dignement. Tout ce que fera à cet égard la Société médico-psychologique sera accueilli avec la plus chaude sympathie par les membres de l'association anglaise. »

Vous voyez combien j'avais raison de signaler la délicatesse des sentiments de nos amis et alliés. Je ne doute pas que vous n'adoptiez les vues de nos collègues et puisque l'idée première de la célébration de ce centenaire vient d'Angleterre, il me semble qu'il sera nécessaire de réserver aux membres de l'Association médico-psychologique anglaise une place d'honneur dans le Comité d'organisation que nous serons appelés à constituer.

Je ne saurais terminer ce compte rendu bien imparfait, sans adresser mes plus vifs remerciements au Dr Keay, président sortant, au Dr Bedford Pierce, président actuel et au Dr Worth, secrétaire général de l'Association médico-psychologique de Grande-Bretagne et d'Irlande. Ce sera maintenant au tour de nos collègues de venir prendre part à nos congrès, je les en ai priés de votre part et nul doute qu'ils ne délèguent un des leurs pour assister à notre Congrès annuel qui, nous l'espérons, pourra avoir lieu l'année prochaine à Strasbourg.

La séance est levée à 5 h. 45.

Les secrétaires des séances,

G. JUQUELIER et RENÉ CHARPENTIER.

©BIUM

BIBLIOGRAPHIE

Psychiatrie de guerre. Etude clinique; par les Drs A. Porot, ancien chef de clinique à la Faculté de Lyon, chef de Centre neuro-psychiatrique militaire, et A. Hesnard, médecin de 1re classe de la marine, spécialiste-expert de neuro-psychiatrie. 1 vol. in-8°, Paris, Félix Alcan, 1919.

S'il n'y a pas, à proprement parler, une « Psychiatrie de guerre », il n'en est pas moins certain que la guerre a créé tant de circonstances étiologiques nouvelles et tant de manifestations symptomatiques inusitées que la physionomie des psychoses classiques s'en est trouvée considérablement modifiée, sinon transformée. Le but des auteurs, en écrivant ce livre, a été, précisément, de donner une idée d'ensemble de cette pathologie mentale du temps de guerre, observée à tous les échelons et dans tous les milieux de la vie militaire, et d'en faire ressortir les caractères spéciaux.

Dans la première partie, ils étudient le rôle des prédispositions morbides, constitutionnelles et acquises, les facteurs étiologiques propres à la guerre, ainsi que les prédispositions et les réactions propres à certaines races. Ce dernier chapitre est plein d'aperçus nouveaux du plus grand intérêt.

La deuxième partie, la plus importante de l'ouvrage, est consacrée à l'étude classique des syndromes mentaux de guerre. Les nombreuses variétés de la confusion mentale et de l'onirisme, les états émotifs anxieux et asthéniques, les délires, les accès maniaques et mélancoliques, l'épilepsie mentale, les délires chroniques et les démences y sont analysés et décrits avec précision et clarté. Puis viennent les psychoses infectieuses et en particulier celles qu'engendre le paludisme ; les désordres mentaux des traumatisés du crâne, contusionnés, commotionnés et trépanés; et enfin les troubles psychiques que les auteurs désignent sous le nom de pithiatisme. Le pithiatisme est, pour une nouvelle école, ce qui subsisterait du syndrome hystérie tel que l'avait conçu Charcot, c'est-à-dire fort peu de chose. Il y a là, je le crains, une erreur de doctrine bien funeste à la clinique;

©BIUM

l'hystérie n'est pas un mythe; se refuser à la voir là où elle est n'est pas une solution : on y reviendra.

L'ouvrage se termine par deux chapitres consacrés, l'un à l'évolution des psychoses de guerre, l'autre à l'assistance et à la thérapeutique qui leur sont applicables.

L'étude de MM. Porot et Hesnard est, en résumé, fort intéressante et les spécialistes la liront avec fruit.

A. CULLERRE.

Mental conditions disqualifying for military service (Des conditions mentales incompatibles avec le service militaire); par le major L. Vernon Briggs, M. R. C., de l'armée des Etats-Unis. Broch. in-8°, extraite du *Boston medical and surgical Journal* du 31 janvier 1918.

En plus des cas d'aliénation et d'insuffisance mentale, toutes les armées — et surtout les armées en campagne — doivent compter avec de nombreux cas d'hystérie et de neurasthénie. Les maladies mentales et nerveuses figurent pour une proportion de 12 p. 100 dans le nombre des Canadiens renvoyés à Québec; c'est exactement le même chiffre que celui des maladies générales. Il est donc d'un intérêt capital d'éliminer ces individus avant leur incorporation, si l'on songe que le voyage en Europe, aller et retour, de chaque soldat des troupes canadiennes est revenu à 2.000 dollars.

Il convient d'appeler l'attention des neurologistes et des psychiatres chargés de ce rôle d'élimination sur les singularités et les bizarreries constatées chez les recrues. Ces signes ne sont pas incompatibles, à la vérité, avec une santé psychique suffisante, mais ils doivent néanmoins leur être signalés. Les anomalies de caractère plus tranchées, comme l'irritabilité, la tendance à l'isolement, la sauvagerie, une turbulence excessive, de la dépression, une humeur soupçonneuse, l'indiscipline ou l'inaptitude à se discipliner, l'incontinence nocturne d'urine, doivent être soigneusement constatées et les spécialistes doivent en être informés.

L'auteur insiste ensuite sur les méthodes d'examen qu'il convient d'employer et termine par quelques observations cliniques, à titre d'exemple.

A. CULLERRE.

©BIUM

Etude clinique d'un lot de militaires évacués du front pour éclatement d'obus à proximité; par le Dr Pierre Goret, interne des hôpitaux de Paris, licencié ès science, préparateur à la Faculté de médecine. Thèse de Paris, 1919.

Il existe une littérature volumineuse sur les « commotionnés », les « shockés », les « torpillés », les « émotionnés », les « contusionnés » de guerre. Elle grossit toujours sans cesser d'être fort obscure. Les deux ou trois symptômes pathognomoniques qui permettraient à la clinique de vérifier les dires de l'intéressé et de poser le diagnostic de commotion par obus n'ont pas encore été réunis d'une façon indiscutable. L'observation montre qu'il n'y a pas, en réalité, de syndrome commotionnel ni contusionnel, mais, d'une part, des réactions psychiques variables avec les antécédents de chaque individu, et, d'autre part, des phénomènes mentaux liés à des troubles organiques. C'est ce que l'auteur établit dans la première partie de son étude, en faisant la critique des divers syndromes que les auteurs ont cherché jusqu'ici à isoler. Il montre qu'on se débat dans une impasse, que les tentatives de systématisation des troubles observés n'ont pas été couronnées de succès, et que les signes physiques de la commotion par obus sont encore loin d'appartenir au domaine de la clinique courante.

La seconde partie est consacrée à l'étude clinique d'un groupe important de « commotionnés » ayant passé par un Centre neuro-psychiatrique de l'intérieur. Si l'on élimine les sujets dont les billets portaient le diagnostic de commotion par obus et dont les troubles neuro-psychiques n'avaient pas, en réalité, été causés par un traumatisme, on peut classer ainsi les cas observés :

1° Manifestations de nature émotionnelle ayant succédé à l'ébranlement physique ou mental dû à l'éclatement proche d'un obus, dont on peut distinguer deux groupes : *a*) persistance ou reviviscence indéfinie de l'émotion initiale avec tous ses degrés, souvenir ému, cauchemars de guerre, onirisme, décharges motrices, tremblements émotionnels pouvant passer à la stéréotypie; *b*) réactions neurasthéniques, anxieuses et revendicatrices;

2° Cas où domine l'inertie mentale, allant de la simple diminution d'activité psychique jusqu'à la démence traumatique;

3° Cas caractérisés par des symptômes organiques divers : *a*) troubles humoraux ou sympathiques dans lesquels les mani-

©BIUM

festations cardiaques dominent ; *b*) troubles médullaires et encéphaliques accompagnés ou non de symptômes psychiques variables.

Il convient de féliciter l'auteur de cette thèse richement documentée et pleine d'aperçus intéressants.

A. CULLERRE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

R. BENON et G. LERAT. Epilepsie traumatique, hémiplégie fonctionnelle, blessure de guerre. 11 pages in-8°. Extrait de la *Revue de médecine*, nov.-déc. 1916.

R. BENON et H. LUNEAU. Blessure de guerre et délire de revendication. 13 pages in-8°. Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mars 1918.

— Psychoses de guerre et considérations médico-légales. 4 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, mai-juin 1918.

S. GALANT. Suggestion und psychische Infection. 12 pages in-8°. Extrait de l'*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. Tome LX, fasc. 1.

Reports of the Trustees and Superintendent of the Butler Hospital presented to the Corporation at its seventy-fifth annual meeting, january 22, 1919. 32 pages in-8°, Providence, 1919.

PIERRE GORET. Etude clinique d'un lot de militaires évacués du front pour éclatement d'obus à proximité. 247 pages in-8°, Paris, Le François, 1919.

A. POROT et R.-A. GUTMANN. Les psychoses du paludisme. Aperçu général. 12 pages in-4°. Extrait de *Paris médical*, s. d.

GUSTAVE GELEY. De l'inconscient au conscient. 1 vol. in-8° de 346pages de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Felix Alcan, 1919.

©BIUM

VARIÉTÉS

AVIS AUX ABONNÉS

Les Annales médico-psychologiques *se sont efforcées pendant la guerre à maintenir leur publication, malgré les sacrifices que leur imposait l'augmentation considérable du prix du papier et de la main-d'œuvre.*

Aujourd'hui, en raison de la répercussion de la journée de huit heures sur les salaires, de nouvelles majorations de prix viennent se joindre à celles déjà subies. Devant ces circonstances économiques nouvelles et, aussi, dans le désir de continuer l'œuvre de notre vénéré maître Baillarger, nous nous voyons dans la nécessité de modifier le tarif des abonnements des Annales médico-psychologiques, *ainsi qu'il suit :*

A partir du 1er janvier 1920, le prix de l'abonnement sera : pour Paris et les départements, 30 fr. ; pour l'étranger, 35 fr.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté de septembre 1919 : M. Vitry (Urbain), ancien préfet, est nommé directeur de l'asile départemental d'aliénés de Ville-juif, en remplacement de M. Milleteau, décédé.

Les nouveaux traitements des directeurs médecins, médecins en chef, médecins adjoints et directeurs administratifs des asiles d'aliénés.

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839, les décrets des 6 juin 1863, 4 février 1875, 19 octobre 1894, 2 février 1910, 10 avril 1911, 29 octobre 1913 et 3 décembre 1918 ;

Vu la délibération du Conseil général de la Seine en date du 9 juillet 1919, décidant d'étendre, par anticipation, au personnel départemental les mesures de majorations de traitements qui pourront être délibérées par le Conseil municipal de Paris ;

Vu la délibération du Conseil municipal de Paris en date du 13 juillet 1919 ;

©BIUM

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux en date du 19 août 1919;

Vu les arrêtés du préfet de la Seine en date du 15 septembre 1919;

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Décrète :

ART. 1er. — Les classes et traitements des directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés du département de la Seine sont fixés ainsi qu'il suit :

1re classe	18.000 fr.
2e classe	17.000
3e classe	16.000
4e classe	15.000
5e classe	14.000

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature suivants : logement, chauffage et éclairage.

ART. 2. — Sauf en cas de démérite dans le service, tout directeur comptant deux ans de stage dans une classe est promu à la classe immédiatement supérieure.

ART. 3. — Les directeurs compris à ce jour dans la 1re classe du cadre seront classés dans la seconde classe nouvelle, avec le bénéfice des dispositions de l'article 2.

ART. 4. — Les dispositions des décrets susvisés, contraires à celles du présent décret, sont abrogées en ce qui concerne exclusivement les directeurs administratifs des asiles publics de la Seine.

ART. 5. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 septembre 1919.

Par le Président de la République : R. POINCARÉ.

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 10 octobre 1919.

Monsieur le Président,

Le décret du 10 avril 1911 a fixé ainsi qu'il suit les classes et traitements des directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés :

Classe exceptionnelle	9.000 fr.
1re classe	8.000
2e classe	7.000
3e classe	6.000
4e classe	5.000

©BIUM

Ces chiffres ne sont plus en rapport avec le coût de la vie à l'heure actuelle, et il m'a paru qu'il y avait lieu de relever le traitement de ces fonctionnaires en même temps que celui de tous les autres. Cette mesure a été réalisée par un premier décret en date du 25 septembre 1919, en ce qui concerne les directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

Pour les départements autres que celui de la Seine, la nouvelle échelle de traitements serait la suivante :

1re classe.	16.000 fr.
2e classe.	15.000
3e classe.	14.000
4e classe.	13 000
5e classe.	12.000

Les chiffres proposés maintiennent la parité de situation existant actuellement en ce qui concerne : d'une part, les directeurs administratifs, et d'autre part, les directeurs médecins et les médecins en chef des asiles d'aliénés.

Si vous partagez ma manière de voir, je vous prie, monsieur le Président, de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Le ministre de l'Intérieur,

PAMS.

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839;

Vu les décrets des 10 avril 1911, 18 septembre et 29 octobre 1913, 3 décembre 1918;

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux en date du 8 octobre 1919,

Décrète :

ART. 1er. — Les classes et traitements des directeurs administratifs des asiles publics d'aliénés des départements autres que celui de la Seine sont fixés ainsi qu'il suit :

1re classe	16.000 fr.
2e classe	15.000
3e classe	14.000
4e classe	13.000
5e classe	12.000

A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature suivants : logement, chauffage, éclairage.

©BIUM

ART. 2. — Les avancements de classe sont accordés par le ministre après trois ans au minimum d'exercice dans la classe inférieure.

Cette période de trois ans peut être réduite à deux ans par le ministre, sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, en raison de services exceptionnels d'ordre administratif.

ART. 3. — A dater de la promulgation du présent décret, les directeurs administratifs compris à ce jour dans la classe exceptionnelle seront compris dans la première classe nouvelle, les directeurs titulaires de première classe dans la seconde nouvelle, et ainsi de suite. Ceux de ces fonctionnaires qui ne sont pas de classe exceptionnelle prendront rang dans leur nouvelle classe avec leur ancienneté.

ART. 4. — Sont abrogés les décrets des 10 avril 1911, 18 septembre et 29 octobre 1913.

ART. 5. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 10 octobre 1919.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 10 octobre 1919.

Monsieur le Président,

Le décret du 2 février 1910, en son article 14, fixe ainsi qu'il suit les classes et les traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés :

1° *Directeurs médecins et médecins en chef.*

Classe exceptionnelle	9.000 fr.
1re classe	8.000
2e classe	7.000
3e classe	6.000
4e classe	5.000

2° *Médecins adjoints.*

Classe exceptionnelle	4.500 fr.
1re classe	4.000
2e classe	3.500
3e classe	3.000

©BIUM

Il m'a paru qu'il y avait lieu de relever, en raison de l'augmentation toujours croissante du coût de la vie, les traitements de ces fonctionnaires comme ceux de tous les autres, et d'adopter de nouvelles échelles de traitements qui seraient pour les médecins en chef et les directeurs médecins des asiles autres que ceux du département de la Seine, de 12.000 à 16.000 fr., et pour les médecins adjoints, de 7.800 à 10.200 francs. Pour les médecins en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine, la nouvelle échelle de traitement est fixée par un décret spécial; elle est de 14.000 à 18.000 francs.

Les chiffres proposés ne paraîtront pas trop élevés, si l'on considère qu'en vertu du décret du 2 février 1910, les médecins des asiles sont nommés au concours, qu'ils ne peuvent se présenter à ce concours que s'ils sont munis du diplôme de docteur en médecine, et s'ils ont accompli un stage de deux ans comme internes ou chefs de clinique, et que ce même décret leur permet de se présenter jusqu'à l'âge de trente-trois ans (limite d'âge qui a même été reportée temporairement à trente-huit ans en raison de la guerre, qui n'a pas permis pendant cinq ans de procéder à un concours). Si l'on veut assurer le recrutement des médecins des asiles, il convient d'offrir à des praticiens de cet âge et de cette capacité des avantages sérieux dès le début de leur carrière et des perspectives suffisantes pour l'avenir.

En outre, la disposition du même décret, en vertu de laquelle la classe exceptionnelle ne peut être accordée aux médecins en chef et aux directeurs médecins qu'après quinze ans de services dans le grade et sur l'avis conforme de la Commission spéciale, m'a paru devoir être supprimée. Rien ne justifie, en effet, cet arrêt dans la carrière, et il me semble que l'on peut, sans inconvénient, admettre les médecins au traitement maximum dans les mêmes conditions que pour les avancements intermédiaires.

J'ai, en conséquence, l'honneur de vous prier, monsieur le Président, de vouloir bien revêtir de votre signature les projets de décrets ci-annexés.

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et le décret du 2 février 1910, modifié par les décrets des 16 février et 6 mars 1912, 18 septembre, 25 et 26 décembre 1913;

Vu la délibération de la Commission spéciale des médecins des asiles en date du 25 mars 1919;

©BIUM

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux en date du 8 octobre 1919,

Décrète :

ART. 1er. — L'article 14 du décret du 2 février 1910 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes, pour les directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés autres que ceux du département de la Seine :

« Les classes et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit :

Directeurs médecins et médecins en chef.

1re classe	16.000 fr.
2e classe	15.000
3e classe	14.000
4e classe	13.000
5e classe	12.000

Médecins adjoints.

1re classe	10.200
2e classe	9.400
3e classe	8.600
4e classe	7.800

« A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature suivants : logement, chauffage, éclairage. »

ART. 2. — L'article 15 du décret du 2 février 1910, dont le paragraphe 3 est abrogé, est ainsi modifié :

« Les avancements de classe sont, sous réserve des dispositions de l'article 17, accordés par le ministre aux directeurs médecins et médecins en chef, après trois ans, et aux médecins adjoints après deux ans d'exercice dans la classe inférieure.

« La période de trois ans exigée pour les directeurs médecins et médecins en chef peut être réduite à deux ans par le ministre sur la proposition du directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, et sur l'avis conforme de la Commission instituée à l'article 18, en raison de titres et services exceptionnels d'ordre médical, scientifique et administratif.

« A dater de la promulgation du présent décret, les directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints compris à ce jour dans la classe exceptionnelle, seront classés dans la première classe nouvelle, les médecins compris dans la première classe, dans la seconde classe nouvelle, et ainsi de suite. Ceux de ces praticiens qui ne sont pas de classe exceptionnelle prendront rang dans leur nouvelle classe avec leur ancienneté.

©BIUM

« Le retard de l'avancement de classe à l'ancienneté est prononcé après avis de la Commission spéciale prévue à l'article 18 du décret du 2 février 1910 susvisé. »

ART. 3. — Sont abrogées les dispositions des décrets susvisés contraires à celles du présent décret. Est également abrogé le décret du 18 septembre 1913.

ART. 4. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 10 octobre 1919.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance du 18 décembre 1839 et le décret du 2 février 1910, modifié par les décrets des 16 février et 6 mars 1912, 18 septembre, 25 et 26 décembre 1913;

Vu la délibération de la Commission spéciale des médecins des asiles en date du 25 mars 1919;

Vu la délibération du Conseil général de la Seine en date du 9 juillet 1919, décidant d'étendre par anticipation au personnel départemental les mesures de majoration de traitements qui pourront être délibérées par le Conseil municipal de Paris;

Vu la délibération du Conseil municipal de Paris en date du 13 juillet 1919;

Vu les arrêtés du préfet de la Seine en date des 15 et 20 septembre 1919;

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux en date du 8 octobre 1919,

Décrète :

ART. 1er. — L'article 14 du décret du 2 février 1910 est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les classes et traitements des directeurs médecins, médecins en chef et médecins adjoints des asiles publics d'aliénés du département de la Seine sont fixés ainsi qu'il suit :

Directeurs médecins et médecins en chef.

1re classe	18.000 fr.
2e classe	17.000
3e classe	16.000
4e classe	15.000
5e classe	14.000

©BIUM

Médecins adjoints.

1re classe	10.200 fr.
2e classe	9.400
3e classe	8.600
4e classe	7.800

« A ces traitements s'ajoute la jouissance des avantages en nature suivants : logement, chauffage, éclairage. »

ART. 2. — Sauf en cas de démérite dans le service, tout directeur médecin ou médecin en chef comptant deux ans de stage dans une classe est promu à la classe immédiatement supérieure. Le retard dans l'avancement de classe à l'ancienneté est prononcé après avis de la Commission spéciale prévue à l'article 18 du décret du 2 février 1910 susvisé.

ART. 3. — Les directeurs médecins et médecins en chef compris à ce jour dans la classe exceptionnelle du cadre seront classés dans la première classe nouvelle, avec le bénéfice des dispositions de l'article 2, et ainsi de suite pour les autres classes.

ART. 4. — Les dispositions des décrets susvisés contraires à celles du présent décret sont abrogées en ce qui concerne exclusivement les directeurs médecins et médecins en chef des asiles publics de la Seine.

Est également abrogé le décret du 18 septembre 1913.

ART. 5. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 10 octobre 1919.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

Le Président de la République française,

Sur la proposition du ministre de l'Intérieur,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu les décrets des 25 septembre et 10 octobre 1919 ;

Vu la délibération du Conseil général de la Seine, en date du 9 juillet 1919, décidant d'étendre par anticipation au personnel départemental les mesures de majoration de traitements qui pourront être délibérés par le Conseil municipal de Paris ;

Vu la délibération du Conseil municipal de Paris en date du 13 juillet 1919 ;

Vu l'arrêté du préfet de la Seine du 15 septembre 1919 fixant les conditions de l'avancement,

Décrète :

ART. 1er. — Les dispositions des articles 1er des décrets

©BIUM

des 25 septembre et 10 octobre 1919 fixant la nouvelle échelle des traitements des directeurs administratifs, des directeurs médecins, des médecins en chef et des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés du département de la Seine auront effet à partir du 1er janvier 1919.

ART. 2. — Les dispositions des articles 2 desdits décrets des 25 septembre et 1er octobre 1919, fixant à deux ans la durée du stage dans une classe pour être promu à la classe immédiatement supérieure, auront effet à partir du 1er octobre 1919.

ART. 3. — Les articles 3 des deux décrets précités sont supprimés et remplacés par les dispositions suivantes :

« A dater du 1er janvier 1919, les directeurs administratifs, les directeurs médecins, les médecins en chef et les médecins adjoints compris, à cette date, dans la classe exceptionnelle seront classés dans la première classe nouvelle; ceux compris dans la première classe seront classés dans la seconde classe nouvelle et ainsi de suite. Ceux d'entre eux qui ne sont pas de classe exceptionnelle prendront rang dans leur nouvelle classe avec leur ancienneté dans l'ancienne classe. »

ART. 4. — Le ministre de l'Intérieur est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 31 octobre 1919.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'Intérieur,

J. PAMS.

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Deux médecins aliénistes grièvement blessés par des aliénés. — On lit dans le *Petit Parisien* (numéro du 10 octobre 1919) :

« On pourrait citer, dans ces dernières années, d'assez nombreux exemples de médecins assassinés par leurs clients. L'asile d'aliénés de Ville-Evrard vient d'être le théâtre — à une semaine d'intervalle à peine — de deux de ces drames de la folie.

« Avant-hier, le Dr Rogues de Fursac, médecin en chef de l'asile, a été attaqué, pendant la consultation, par un aliéné, qui lui a porté un coup de tiers-point dans la région cardiaque. Un des infirmiers qui accompagnaient le docteur fit dévier l'arme et para le coup, mais, de façon incomplète. Le tiers-point s'enfonça profondément dans le poumon gauche, donnant lieu à une abondante hémorragie interne.

« Quelques jours auparavant, le Dr Ducosté, médecin de la maison de santé — distincte de l'asile, comme on le sait — avait été grièvement blessé à la tête par un fou, qui cherchait à lui crever les yeux avec un tesson de bouteille. Ajoutons que

©BIUM

les blessures des deux aliénistes, quoique graves, ne mettent pas leur vie en danger. »

Nous adressons nos sincères et sympathiques sentiments de condoléance à nos deux distingués collègues, et faisons les vœux les plus vifs pour leur prompt et complet rétablissement.

P.-S. — Nous apprenons, à la dernière heure, que MM. Rogues de Fursac et Ducosté sont en bonne voie de guérison; nous les en félicitons cordialement.

NÉCROLOGIE

Dr Paul Froissart. — Le 7 août 1919, M. le Dr Mercier, directeur médecin en chef de l'hôpital des maladies mentales du Var (Pierrefeu), nous annonçait le décès, survenu dans la nuit du 6 au 7, de notre collègue et ami P. Froissart. En 1908-1909, alors qu'il était interne de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police, il avait déjà été gravement malade. Nommé médecin adjoint à Prémontré (Aisne), il bénéficia vite du séjour dans une campagne proche de la forêt, et se remit graduellement. Lorsqu'il gagna Pierrefeu, son second asile, il était à peu près considéré comme guéri. Il n'aimait point à changer fréquemment de poste; et puis, cet Auvergnat avait subi l'enchantement de la côte méditerranéenne; il ne voulut plus quitter Pierrefeu.

Froissart n'avait jamais fait de service militaire : il ne fut donc pas mobilisé au début de la guerre 1914-1918. Appelé plus tard à servir, — la guerre, par sa durée et ses caractères propres, se montrait impitoyablement dévoratrice des hommes et des choses, — il est affecté le 12 septembre 1916 comme infirmier à la XVe section, nommé quelques jours après médecin auxiliaire et chargé d'un service de psychiatrie à Marseille, puis à Aix.

Le 20 novembre 1916, il part pour Salonique, à bord du *Sinaï*; il a pour mission d'assurer le service médical des troupes embarquées sur ce bateau et de rentrer sur le même navire. Au retour, le *Sinaï* est torpillé par un sous-marin allemand et les naufragés sont recueillis par des chalutiers anglais : Froissart, très fatigué, est de retour à Marseille, le 22 décembre 1916. En août 1918, à la suite d'une grippe qui paraît bénigne, sa santé devient mauvaise et, petit à petit, il s'est affaibli. Le 6 août, il n'était pas encore démobilisé.

Froissart fut pour nous un excellent camarade d'internat à Maison-Blanche, à Paris; subtil ironiste, il était, comme tant d'autres ironistes, sensible dans l'intimité. Il ne plaisait pourtant pas à tout le monde : les manières onctueuses n'étaient pas siennes. En des jours pénibles, remplis d'intrigues, il sut nous apporter les paroles d'apaisement salutaires pour que ne tombe

©BIUM

pas l'activité humaine. Et comme il avait raison ! L'évocation lointaine de ces souvenirs de jeunesse est agréable, aujourd'hui.

Dans ses travaux, seul ou en collaboration avec nous, il fit preuve de sagacité ; c'était un bon observateur. Sa thèse sur la *Paralysie générale post-traumatique* est un document de valeur. Mieux entouré au cours de ses études médicales générales et spéciales, mieux guidé, il aurait réalisé davantage. La liberté anarchique de l'enseignement dans nos Facultés et écoles est nuisible en fait ; les élèves qui travaillent et qui aiment les recherches scientifiques en souffrent peu ; mais le niveau intellectuel des autres est fâcheusement abaissé ; l'intérêt général est lésé ; c'est la nation qui pâtit.

Le nom de Froissart restera fixé au souvenir de la grande guerre. Notre ami en a courageusement et allégrement supporté les dures obligations et fatigues. R. Benon.

Monument V. Magnan.

Dans notre numéro de mai 1918, nous avons annoncé qu'un groupe d'anciens élèves, d'amis et de confrères du très regretté Dr V. Magnan, membre de l'Académie de Médecine, médecin en chef honoraire du service de l'admission à l'asile clinique (Sainte-Anne), avait eu l'heureuse pensée d'élever à ce savant maître un monument rappelant sa longue vie de dévouement aux malades, son enseignement, ses travaux et l'influence qu'il exerça sur la médecine mentale française. Un Comité devait être formé ; mais, en raison des circonstances, il n'a pu se constituer que récemment. Nous nous empressons de publier la liste de ses membres :

Président du Comité d'honneur.

M. le Dr G. Clemenceau, sénateur, président du Conseil des ministres, ministre de la Guerre.

Membres du Comité d'honneur.

M. le professeur Debove, secrétaire perpétuel de l'Académie de Médecine.
M. le Directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques au ministère de l'Intérieur.
M. le Directeur des affaires départementales à la préfecture de la Seine.
M. le Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux.
— — — Lille.
— — — Lyon.
— — — Nancy.
— — — Paris.
— — — Toulouse.

©BIUM

M. Brisac, ancien directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, Préfet des Ardennes.
M. Delanney, ancien Préfet de la Seine, ambassadeur.
M. Ogier, ancien directeur de l'Inspection générale et du Contentieux, Préfet de la Meuse.
M. Laurent, préfet honoraire, ancien préfet de police.
M. Lépine, membre de l'Institut, ancien préfet de police.
M. le Dr Navarre, député de la Seine.
M. le Directeur de l'Inspection générale et du Contentieux au ministère de l'Intérieur.
M. le professeur Pitres, de Bordeaux.
M. le Préfet de police.
M. le Préfet de la Seine.
M. le Président de l'Académie de Médecine.
M. le Président du Conseil général de la Seine.
M. le Président du Conseil municipal de Paris.
M. Daunet, rapporteur général du budget de la Ville de Paris.
M. Sellier, rapporteur général du budget du département de la Seine.
M. le Dr Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique.
M. le Dr Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de Médecine, président du Conseil supérieur de l'Assistance publique.
MM. les Professeurs Blanchard, Pozzi; M. le Docteur Mosny, membre de l'Académie de Médecine aujourd'hui décédés, avaient accepté de faire partie du Comité d'honneur.

Comité de propagande.

M. le Président de la Société médicale des asiles publics d'aliénés de la Seine.
M. le Dr Vallon, président du Comité d'association amicale des internes et anciens internes des asiles de la Seine.
M. le Dr Cullerre, président de l'Association mutuelle des aliénistes français.
M. le Dr Ch. Richet, président de la Société de Biologie, membre de l'Institut.
M. le Dr Semelaigne, président de la Société clinique de médecine mentale.
M. le Dr Leredu, ancien président de la Société de Médecine légale.
M. le Président de la Société médico-psychologique.
M. le Président de la Société de Psychiatrie.
M. le secrétaire général de la Société médicale des asiles publics d'aliénés de la Seine.

©BIUM

M. le Dr Pettit, secrétaire général de la Société de Biologie.
M. le Dr Colin, secrétaire général de la Société clinique de Médecine mentale.
M. le Dr Thibierge, secrétaire général de la Société de Médecine légale.
M. le Dr Laignel-Lavastine, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, secrétaire général de la Société de Psychiatrie..
M. le Dr Ameline, médecin directeur de la Colonie d'Aynay-le-Château (Allier).
M. le Dr Baruk, médecin directeur de l'asile Saint-Gemmes, près Angers.
M. le Dr Bazy, membre de l'Académie de Médecine.
M. le Dr Bonhomme, médecin en chef de l'Asile du Puy.
M. le professeur Bourquelot, membre de l'Académie de Médecine.
M. le Dr Capgras, médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche.
M. Caron, conseiller général de la Seine (décédé).
M. Clair, président de la Commission de surveillance des asiles de la Seine.
M. le Dr Charpentier (René), ancien chef de clinique.
M. le Dr de Clérambault, médecin de l'Infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police.
M. le Dr Dagonet, médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne.
M. le Dr Dericq, médecin directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir).
M. le Dr Galippe, membre de l'Académie de Médecine.
M. le professeur Hayem, membre de l'Académie de Médecine.
M. Henaffe, conseiller général de la Seine.
M. le Dr Journiac, médecin en chef de l'Asile de Marseille.
M. Lachaux (Georges), expert près les tribunaux, à Marseille.
M. le Dr Lalanne, médecin en chef de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle).
M. le professeur Lépine, de la Faculté de Médecine de Lyon.
M. le Dr Legrain, médecin chef à l'asile de Villejuif.
M. le Dr Leroy, médecin chef à l'asile de Ville-Evrard.
M. le Dr Lwoff, médecin chef à l'asile de Maison-Blanche.
M. le professeur Pierre-Marie.
M. le Dr Mauclaire, professeur agrégé, chirurgien des Asiles de la Seine.
M. le professeur Moureu, membre de l'Institut, pharmacien honoraire des asiles de la Seine.
M. le Dr Pactet, médecin chef à l'asile de Villejuif.
M. Peytel, président du Conseil d'administration du Crédit Algérien.
M. le Dr Pochon, médecin directeur, Aynay-le-Château (Allier).

©BIUM

M. le professeur G. Pouchet, membre de l'Académie de Médecine.
M. le professeur Paul Richer, membre de l'Académie de Médecine.
M. le Dr Renaux, médecin adjoint de la maison de santé du Château de Suresnes (Suresnes).
M. le Dr Roubinovitch, médecin de Bicêtre.
M. le Dr Simon, médecin adjoint à l'asile de Saint-Yon (Seine-Inférieure).
M. le Dr Trenel, médecin chef de l'asile de Ville-Evrard.
M. le Dr Triboulet, médecin des hôpitaux.
M. le Dr Truelle, médecin chef de l'asile de Ville-Evrard.
M. le Dr Vieux-Pernon, médecin de l'établissement de Divonne (Ain).

Comité exécutif.

M. le Dr Marcel Briand, médecin en chef de l'Asile clinique.
M. le Dr Colin, médecin en chef de l'Asile de Villejuif.
M. le Dr Dupain, médecin de l'Asile de Vaucluse.
M. le professeur Dupré, membre de l'Académie de Médecine.
M. le Dr E. Dupuy.
M. le Dr Maurice de Fleury, membre de l'Académie de Médecine.
M. le professeur Gley, membre de l'Académie de Médecine, professeur au Collège de France.
M. le Dr Juquelier, médecin en chef de l'Asile de Moisselles (Seine-et-Oise).
M. le Président de la 3e Commission du Conseil général de la Seine, rapporteur de l'asile Sainte-Anne.
M. le Dr Sérieux, médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche).
Dr Truelle, médecin chef de l'asile de Ville-Evrard).
M. Pierre Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain (trésorier du Comité).

Cour de cassation (31 mai 1919).

Arrêt Mohamed ben el Hadj Fredj el Gargouche. Revision.

Extrait des minutes de la Cour de cassation.

Au nom du peuple français,
La Cour de cassation a rendu l'arrêt suivant :
Sur le réquisitoire du procureur général près la Cour de cassation, tendant à la revision d'un jugement rendu le 25 juillet 1916 par le conseil de guerre de Tunis, qui a condamné le

©BIUM

tirailleur Mohamed ben El Hadj Fredj El Gargouche à deux ans de prison pour refus d'obéissance.

La Cour,

Ouï M. le conseiller Mercier en son rapport, M. l'avocat général Matter en ses conclusions,

Vu la lettre de M. le garde des Sceaux en date du 16 avril 1919;

Vu le réquisitoire du procureur général près la Cour de cassation, du 22 avril 1919, ensemble les articles 443 et 444 du Code d'instruction criminelle;

Vu également les pièces du dossier,

Sur la recevabilité de la demande :

Attendu que la Cour est saisie par son procureur général et en vertu de l'ordre exprès de M. le garde des Sceaux, ministre de la Justice, agissant après avoir pris l'avis de la Commission spéciale instituée par l'article 444 du Code d'instruction criminelle; que la demande rentre dans le cas prévu par ledit article; qu'elle a été introduite dans le délai légal; qu'enfin, le jugement dont la revision a été demandée a acquis l'autorité de la chose jugée;

Au fond : attendu que les pièces produites suffisent pour permettre à la Cour de statuer sans recourir à un avant-faire droit;

Attendu que par jugement du conseil de guerre permanent de la division d'occupation de Tunisie, en date du 25 juillet 1916, le soldat Mohamed ben El Hadj Fredj El Gargouche, du 4e régiment de tirailleurs, a été condamné à deux années d'emprisonnement pour refus d'obéissance à un ordre relatif à un service; attendu que, du rapport dressé en vertu de l'article 108 du Code de justice militaire, il résulte que le tirailleur Mohamed n'a pas exécuté l'ordre à lui donné par un adjudant de se rendre au travail, alléguant qu'il était malade; que le médecin aide-major qui l'a examiné immédiatement a déclaré qu'il ne présentait aucun symptôme d'affection quelconque et que son refus d'obéissance n'était donc pas justifié; que le même rapport ajoute que ledit Mohamed, qui a subi de nombreuses visites médicales, qui a été mis en observation à l'infirmerie et à l'hôpital et contre-visité par le médecin chef, n'a présenté, à l'examen le plus minutieux, absolument aucun symptôme d'affection quelconque, et que les notes de son commandant d'unité et son relevé de punition le signalent comme un simulateur irréductible;

Attendu que c'est en l'état de ces déclarations médicales et de ces constatations que Mohamed a été poursuivi et condamné pour infraction à l'article 218, § 2 du Code de justice militaire pour l'armée de terre;

©BIUM

Attendu que le susnommé, écroué à l'établissement pénitentiaire de Téboursoult, le 31 juillet 1916, en a été évacué le 24 septembre 1917 sur l'ordre du général inspecteur Dégot, qui l'a trouvé entièrement paralysé des membres inférieurs et présentant tous les symptômes des psychonévroses réflexes; que, mis en observation à l'hôpital du Belvédère, à Tunis, il a été examiné par le médecin-major de 2e classe, chef du secteur militaire de cet hôpital, qui, dans un rapport du 13 janvier 1918, a déclaré que le tirailleur Mohamed avait été, en février 1915, victime d'un accident en service commandé, une « araba » pesamment chargée de munitions ayant versé sur lui et lui ayant causé des contusions violentes, que depuis, et bien que sorti des hôpitaux avec la mention « guéri », il n'avait plus marché qu'avec des béquilles ou plié en deux, se disant toujours malade et incapable de travailler; que les médecins du corps avaient constamment refusé de reconnaître son état de maladie et l'avaient noté comme pouvant faire son service et simulateur; mais que cet homme avait été victime, au point de vue médical, d'une fausse interprétation; qu'à la suite de son accident, il paraissait avoir fait de l'ataxie-abaste, puis de la camptocormie, et, ultérieurement, de la contracture réflexe ayant englobé les deux membres inférieurs; qu'actuellement, il présentait une plicature vertébrale et une flexion complète des membres inférieurs avec contracture douloureuse; que la simulation devait donc, dès à présent, être écartée;

Attendu qu'à la suite de ce rapport, Mohamed a été soumis à l'examen de trois médecins experts du Centre neurologique d'Alger, qui ont déposé leur rapport le 18 mai 1918; qu'il en résulte « que l'accident de l'araba dont le soldat a été victime a eu comme première conséquence une entorse tibio-tarsienne double qui a guéri assez rapidement, et comme autre conséquence des contusions simples au niveau de la région dorso-lombaire, qui ont provoqué une arthrite vertébrale ou spondylite, qui a évolué lentement en comprimant la moelle, en gênant progressivement les fonctions médullaires et déterminant la paraplégie en flexion que les experts ont observée »;

Attendu qu'en ce qui touche le refus d'obéissance dont Mohamed a été déclaré coupable, les mêmes médecins experts estiment que les phénomènes d'arthrite vertébrale précités se manifestaient déjà chez ce soldat au moment où il a commis l'acte relevé contre lui; que les symptômes qu'il indiquait (douleurs, impotence fonctionnelle, gêne de la marche) étaient vraisemblablement sincères; qu'il devait certainement souffrir à ce moment de sa colonne vertébrale et présenter une impotence fonctionnelle relative;

Attendu enfin que les médecins du Centre neurologique de

©BIUM

Tunis, dans un rapport supplémentaire du 10 août 1918, affirment que la camptocormie observée chez Mohamed au moment de sa condamnation était due à des troubles médullaires et n'était nullement simulée, et que, dès lors, on peut médicalement en induire que ce soldat était dans l'impossibilité, vu les douleurs éprouvées, d'accomplir certains travaux au moment où l'ordre lui en fut donné;

Attendu que de ces expertises, postérieures au jugement de condamnation, et qui ont révélé l'erreur médicale commise en ce qui concerne l'état de maladie du soldat Mohamed, résulte la preuve d'un fait inconnu lors des débats et de nature à établir l'innocence du condamné;

Attendu que toutes les circonstances de la cause autorisent à tenir l'appréciation des médecins experts pour fondée; que, dès lors, l'annulation du jugement de condamnation ne laissant rien subsister à la charge de Mohamed qui puisse être qualifié crime ou délit, aucun renvoi, par application du dernier alinéa de l'article 445 du Code d'instruction criminelle, ne doit être prononcé;

Par ces motifs, casse et annule le jugement du conseil de guerre permanent de la division d'occupation de Tunisie, en date du 25 juillet 1916, qui a condamné le soldat Mohamed ben El Hadj Fredj El Gargouche à deux années d'emprisonnement pour refus d'obéissance à un ordre relatif au service; le décharge, en conséquence, de cette condamnation;

Dit n'y avoir lieu à renvoi; 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 que le présent arrêt sera imprimé; qu'il sera transcrit sur les registres du conseil de guerre permanent de la division d'occupation de Tunisie, et que mention en sera faite en marge du jugement annulé;

Ainsi jugé et prononcé en l'audience publique de la Cour de cassation, chambre criminelle, le trente et un mai mil neuf cent dix-neuf.

Présents : MM. Bard, président; Mercier, rapporteur; André Boulloche, Duval, La Borde, Petitier, Mallen, Cénac, Peyssonnié, Courtin, Bourgeon, Coudert, conseillers.

En conséquence, le Président de la République française mande et ordonne à tous huissiers sur ce requis, de mettre ledit arrêt à exécution; aux procureurs généraux et aux procureurs de la République près les tribunaux de première instance d'y tenir la main. A tous commandants et officiers de la force publique, de prêter main-forte lorsqu'ils en seront légalement requis; en foi de quoi le présent arrêt a été signé par le président, le rapporteur et le greffier.

©BIUM

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1920.

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 soutenues de 1915 à 1918, dans les Facultés de Médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires, manuscrits ou imprimés devront être déposés le 31 décembre 1919, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris, ou chez M. le Dr Ant. Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique, 63, boulevard Exelmans, Paris-Auteuil. Les mémoires manuscrits devront être inédits et n'avoir pas obtenu de prix dans une autre Société; ils pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

---

(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 général 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.

©BIUM

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XIe VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

PAGES

Aliénistes. Neurologistes et Congrès de médecine mentale; par le Dr Victor Parant, père. 5
Les asiles d'Alsace; par le Dr F. Adam 177
Le rapatriement des aliénés d'Alsace-Lorraine évacués en Allemagne pendant la guerre; par le Dr Paul Courbon. 465

II. — Pathologie.

Sur l'état de conscience pendant la stupeur et sur les psychomécanismes de délire de négation de Cotard; par le Dr Auguste Wimmer 14
Les formes du délire dans la grippe; par le Dr M. Benon 45
L'enfance du débile intellectuel. Réactions antisociales du débile intellectuel en fonction de la débilité intellectuelle; par le Dr André Collin . . . . . 81 et 200
Note sur deux cas frustes de psychose « par éclatements d'obus », observés dans un corps de troupe; par le Dr René Targowla . . 96
Notes sur l'assistance psychiatrique de guerre; par le Dr René Charpentier 181
Troubles mentaux occasionnés par la grippe. Troubles mentaux guéris par l'infection grippale; par le Dr René Damaye 215
Introduction à un essai de classement syndromique et étiologique; par le Dr R. Truelle . . . . . 257 et 337
Résumé statistique des militaires internés à l'asile de Limoux, du 2 août 1914 au 31 décembre 1918; par le Dr Calixte Rougé. . 271
Les songes d'après Hippocrate; par le Dr Pron. 277
Quelques remarques à propos de l'épidémie de grippe de 1918 à l'asile d'aliénées de Saint-Yon. Psychoses grippales et psychoses favorablement influencées par la grippe; par le Dr Latapie. . . 350
Commotionnés et hystériques chez nos ennemis et quelques observations sur la psychologie allemande; par le Dr André Gilles. . . . . 356 et 489
La mélancolie anxieuse et sa curabilité. Mélancolie anxieuse survenant chez un homme de quarante-cinq ans et se terminant par la guérison après plus de treize années de durée; par les Drs Olivier et Teulière 473

©BIUM

III. — Médecine légale.

PAGES

Criminels non punissables en liberté et casier judiciaire. Mesures précautionnelles nécessaires. (Un incendiaire sapeur-pompier) ; par le Dr Al. Puris. 106

Expertises mentales dans un centre d'armée ; par le Dr Raymond Mallet 221

Les attentats aux mœurs devant le Conseil de guerre ; par le Dr André Barbé. 367

IV. — Établissements d'aliénés.

L'asile de Bailleul ; par le Dr Henri Damaye. 47

Note sur l'asile de Stephanfeld ; par le Dr Jean Eissen 281

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

Séance du 28 *octobre* 1918. — Allocution du président, M. H. Colin. — Correspondance : MM. Semelaigne, Chavigny, Courjon, Funaioli, Hoven. — Mort de M. Paul Pottier : MM. H. Colin, Ritti. — Réflexions sur trois années d'expertises divisionnaires, par M. Paul Voivenel. Discussion : MM. Roubinovitch, Pactet, Voivenel 52

Séance du 25 *novembre* 1918. — Allocution du président : MM. Colin, Ritti, Roubinowitch, Dupain. — Hommage de la Société à M. Clemenceau : M. Colin. — Messages aux Sociétés de médecine mentale des pays alliés : MM. Semelaigne, Colin, Vallon. — Rupture des relations avec les savants allemands : M. Semelaigne. — Mort de M. Mabille : M. Colin. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Hoven ; élection. — Odyssée d'un déséquilibré menteur, par MM. Pactet et Bonhomme. Discussion : MM. Briand, Colin, Bonhomme, Juquelier, Séglas. — Quelques impressions sur le délire grippal, par M. A. R. Gilles. Discussion : MM. Briand, Pactet, Séglas. — Projet d'une publication des « Plus belles pages » des aliénistes de langue française, par MM. H. Colin et R. Mourgue. Nomination d'une Commission. 111

Séance du 30 *décembre* 1918. — Mort de M. Vigouroux : MM. Colin, Ritti. — Correspondance : MM. Mabille fils, Hoven. — Réponses aux messages de félicitations adressés par la Société : MM. Ritti, Vallon, Colin. — Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire et prix de la Société. — Election du Bureau de 1919. — Un cas de tumeur du lobe frontal chez un ancien commotionné, par M. H. Hoven. Discussion : MM. Dupré, Colin. — Un cas de diagnostic difficile de paralysie générale, par M. V. Sarrazin. Discussion : MM. Lwoff, Dupré, Colin, Truelle, Pactet, Vallon, Juquelier. — Deux cas de paralysie générale sénile, par M. R. Mourgue. Discussion : MM. Vallon, Dupré. — Désertion paradoxale. Fuite délirante, récidivante, par M. René Charpentier. Discussion : MM. Mallet, Dupré. . . . 131

©BIUM

PAGES

Séance du 27 janvier 1919. — Installation du Bureau : MM. Colin, Dupain. — Correspondance : MM. Trénel, D'Hollander. — De l'instabilité constitutionnelle dans les fugues délirantes, par M. René Charpentier. Discussion : MM. Colin, Truelle, Raffegeau, Charpentier 158

Séance du 24 février 1919. — Correspondance : MM. Anglade, André Collin, Raymond Mallet. — Nomination de la Commission des membres titulaires. — Rapport de la Commission des finances : M. Semelaigne. — Les petits états psychiatriques de guerre. Leur médecine légale, par MM. Chavigny et Brousseau. Discussion : MM. Raoul Leroy, Pactet, Juquelier, Chavigny. — Confusion mentale amnésique avec anxiété après bombardement ; mort en ictus ; sarcome du centre ovale. Présentation des pièces, par MM. Laignel-Lavastine et Victor Ballet. Discussion : MM. Bonhomme, Colin, Laignel-Lavastine 232

Séance du 31 mars 1919. — Correspondance : MM. Delmas, Devaux, Dupouy. — Rapport de M. Semelaigne sur les candidatures à deux places de membre titulaire ; élection de MM. André Collin et R. Mallet. — Délire onirique émotif, par M. J. Capgras. Discussion : MM. Briand, Dupain, Capgras. — Un écrit familial d'aliénés, par M. Chavigny. Discussion : M. Dupain. — Un cas de désagrégation mentale, par M. Chavigny. Discussion : MM. Juquelier, Delmas. — Confusion mentale par tumeur cérébrale chez un combattant, par MM. Laignel-Lavastine et Bonhomme. Discussion : MM. Anglade, Bonhomme, Piéron. 287

Séance du 28 avril 1919. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. André Collin, R. Mallet, Bedford Pierce, Depage. — Réponses aux messages de félicitations adressés par la Société (*suite*) : MM. Ritti, Colin. — Renouvellement du vœu de la Société pour la réunion à Strasbourg, en 1919, du Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes : MM. H. Colin, Vallon, Dupain, Arnaud, R. Charpentier. — Tumeur du lobe frontal, par M. V. Sarrazin. Discussion : MM. Anglade, Truelle, Piéron, Bonhomme, Briand. — Délire de supposition avec idées de persécution non systématisées. Paroxysme interprétatif avec idées de jalousie et tendances persécutrices, par M. Henri Beaudoin. 307

Séance du 26 mai 1919. — Correspondance : M. Revault d'Allonnes. — Nomination de la Commission des membres titulaires. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Bedford Pierce ; élection. — Expertise médico-légale de la confusion mentale particulièrement en temps de guerre, par M. Chavigny. Discussion : MM. Piéron, Chavigny, Pactet, Raymond Mallet, Dupain. — Idiotie avec déformations articulaires multiples et rétrécissement mitral, par MM. André Collin et Louis Boudon. — Refus d'obéissance d'origine délirante. Conviction de l'irréalité de la guerre chez un combattant, par MM. G. Demay et J.-P. Renaux 378

Séance du 30 juin 1919. — Allocution du président. — Correspondance : MM. Bussard, Boudon, Bedford Pierce. — Réponses aux messages de félicitations adressés par la Société (*suite*) : M. Ritti. — Rapport de M. René Charpentier sur les candidatures à trois places de membre titulaire ; élection de MM. Delmas, Devaux et Dupouy. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Revault d'Allonnes ; élection. — Les explosions du champ de bataille, par M. Chavigny. Discussion : MM. Dupré, Piéron, Chavigny. — Troubles de l'émotivité provoqués par un bombardement prolongé à obus toxiques, par MM. E. Duhot et R. Tar-

©BIUM

PAGES

gowla. — Brusque retour de souvenirs dans une amnésie rétrograde consécutive à un incident de guerre, par M. Molin de Teyssieu. Discussion : M. H. Colin. — Examen anatomo-pathologique d'un cas de syndrome paralytique à trypanosomes. Présentation de pièces, par MM. H. Colin, Laignel-Lavastine et R. Mourgue. — Les spéluncophiles, par M. Laignel-Lavastine. . . 400

Séance du 29 juillet 1919. — Correspondance : M. le ministre de l'Instruction publique, MM. Dupain, Mallet, Delmas, Dupouy, Revault d'Allonnes. — Rapport de M. André Collin sur la candidature de M. Boudon ; élection. — Agression violente d'un aliéné contre M. H. Colin : MM. Semelaigne, Colin. — Un cas de sinistrose, par M. J. Fissen. Discussion : MM Rogues de Fursac, Vallon. — Homicide par un débile délirant. Hérédité similaire, par M. H. Baudouin. — Sur quelques expertises psychiatriques aux armées, par M. Maurice Ducosté. Discussion : MM. Piéron, Ducosté. — Rapport de M. H. Colin sur le Congrès annuel de l'Association médico-psychologique de la Grande-Bretagne et de l'Irlande 501

II. — Bibliographie.

Classification des états anormaux, arrêts du développement intellectuel, leurs formes, instabilité et asthénie mentales, par le Dr Ulysse Pernambucano (Anal. par le Dr L. Wahl). 63

L'expertise mentale militaire, par les Drs A. Porot et A. Hesnard (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 244

Vingt-cinquième rapport annuel de l'hôpital Sheppard et Enoch Pratt, pour les maladies nerveuses et mentales, 1917 (Anal. par le Dr A. Cullerre). 247

Du vocabulaire-test de Terman dans un cas d'aphasie, par le Dr J. L. Wells. — Méthodes variées à l'usage des observateurs au point de vue mental, par le même (Anal. par le Dr A. Cullerre). . . . 248

Les accidentés de la guerre, leur esprit, leurs réactions, leur traitement, par les Drs Laignel-Lavastine et Paul Courbon (Anal. par le Dr Ant. Ritti). 324

Rapport sur l'hôpital d'aliénés de l'Etat de Connecticut pour les deux années finissant le 30 septembre 1918 (Anal. par le Dr Cullerre) 327

Rapport de la Commission et du superintendant de l'hôpital Butler, Providence R. I. (Anal. par le Dr Victor Parant, père) . . . 329

De l'inconscient au conscient, par le Dr Gustave Geley (Anal. par le Dr Cullerre). 438

Les occupations et le travail industriel comme moyen thérapeutique. Comment étendre et améliorer cette branche importante du traitement des malades mentaux, par le Dr Vernon-Briggs (Anal. par le Dr Parant, père). 440

Lettres à l'Académie des Sciences sur l'unification des forces et des phénomènes de la nature, par Alfred Lartigue (Anal. par le Dr Ph. Chaslin) 441

Psychiatrie de guerre. Etude clinique, par les Drs A. Goret et A. Hesnard (Anal. par le Dr A. Cullerre). 534

Des conditions mentales incompatibles avec le service militaire, par le major L. Vernon Briggs (Anal. par le Dr A Cullerre) . . 535

Etude clinique d'un lot de militaires évacués du front pour éclatement d'obus à proximité, par le Dr Pierre Goret (Anal. par le Dr A. Cullerre) 536

©BIUM

PAGES

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . . 444 et 537

ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE. — Assemblée générale du 26 mai 1919 446

III. — Variétés.

Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : MM. Cestan, Cornu, Tissot, Guiaud, Pélissier, Coulonjou, Damaye, Jabouille, Albès, Terrien, Daday.— Nécrologie : Dr A. Vigouroux, Dr Armentaire Courjon. — Prix de l'Académie de médecine. — Un nouvel agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Décret réglant la situation des directeurs administratifs d'asiles d'aliénés non tributaires de la caisse des retraites départementales. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — Tribunaux. — Société médico-psychologique : Déclaration de vacance de deux places de membre titulaire ; Prix pour l'année 1920. 64

Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : M. Jules Dagonet. — Dans les asiles de la Seine. . . . 175

Les médecins aliénistes et la guerre. — Nécrologie : Dr H. Mabille. — Le professeur E. Régis. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*) 251

Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : MM. Abadie, Mairet, Dubourdieu, Bellat, Arsimoles. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — La criminalité juvénile en Argentine. — Prix de la Société médico-psychologique. Année 1920 333

Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : MM. Cullerre, Klippel, Lépine, Pochon, Halberstadt, Cortyl, Marchand, Perrens, Aubry, Kéraval, Rougean, Lerat, Lagriffe, Meilhon, Maupaté, Gallopain, Privat de Fortunié, Brunet, Charpentier, Robert, Usse, Hamel, Chocreaux, Dubourdieu, Rayneau, Wahl, Desruelles, Petit, Salomon, Olivier, Rochaix, Latreille, Gimbal, Bessière, Fassou, Guiraud, Viollet, Piquemal, Morel, Pruvost, Jourdran, Girard, Trenel, Courbon, Jabouille, Gelma, Adam, Prince, Brissot, Mlle Pascal. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). — La lutte contre l'alcoolisme en Belgique. — Cour de Cassation (27 juin 1919). Arrêt Bressoles. Revision. — Asile agricole de Chezal-Benoît. Vacance d'un poste de pharmacien. — Avis aux abonnés. 457

Avis aux abonnés. — Nominations et promotions : M. Urbain Vitry. — Les nouveaux traitements des directeurs médecins, médecins en chef, médecins adjoints et directeurs administratifs des asiles d'aliénés. — Le martyrologe de la psychiatrie (*suite*). Nécrologie : Dr Paul Froissart. — Monument V. Magnan ; Liste des membres du comité. — Cour de Cassation (31 mai 1919). Arrêt Mohamed ben El Hadj Fredj El Gargouche. — Prix de la Société médico-psychologique. Année 1920 538

Table des matières du tome XI de la 10e série 556

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

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